

ANNEE 1969

THESE

N^o 188

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Pierre, Maurice, Jean MARCHAY

Né le 7 Mai 1937 à Neuilly-sur-Seine

Interne des Hôpitaux de Paris.

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DES OCCLUSIONS DE L'INTESTIN GRELE
PAR LA FIXATION MESENTERIQUE DE CHILDS ET PHILLIPS

Président : Mr. J.L. LORTAT-JACOB, Professeur.

ANNEE 1969

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Pierre, Maurice, Jean MARCHAY

Né le 7 Mai 1937 à Neuilly-sur-Seine

Interne des Hôpitaux de Paris.

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DES OCCLUSIONS DE L'INTESTIN GRELE
PAR LA FIXATION MESENTERIQUE DE CHILDS ET PHILLIPS**

Président : Mr. J.L. LORTAT-JACOB, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	{ LÉGER (L.)
	{ PATEL (J.)
	{ GOSSET (J.)
	{ SICARD (A.)
	{ OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	N...
Cliniques médicales	{ BARIÉTY (M.)
	{ DREYFUS (G.)
	{ CONTE (M.)
	{ KOURILSKY (R.)
	{ BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHEL (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents et Beaux-Parents

Qu'ils trouvent ici un modeste témoignage
de mon affection et de ma très grande
reconnaissance.

A ma Femme et ma Fille,

Avec toute mon affection.

A mes Frères.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551519_0037

A Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris (Hôpital Beaujon)
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur,

En remerciement de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider cette thèse.

En reconnaissance de l'enseignement qu'il qu'il a bien voulu nous dispenser pendant le semestre d'internat que nous avons accompli dans son service avec le plus grand plaisir.

A mes Maîtres de la Faculté de Paris :

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

EXTERNAT : Monsieur le Docteur THALHEIMER
Monsieur le Professeur COUVELAIRE
Monsieur le Professeur DEROT
Monsieur le Docteur BLANCHON
Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON
Monsieur le Professeur COSTE
Monsieur le Professeur CAROLI
Monsieur le Professeur MEYER

EXTERNAT EN PREMIER :

Monsieur le Docteur BENDA in memoriam

INTERNAT : Monsieur le Docteur LANCE
Monsieur le Docteur GOZLAND
Monsieur le Professeur HERVET
Monsieur le Professeur HOUDARD
Monsieur le Professeur VERNES in memoriam
Monsieur le Docteur HEPP
Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB

En remerciement. de leurs conseils et de leur collaboration
à ce travail :

A Messieurs les Docteurs J. HEPP, Chirurgien de l'Hôpital Bichat
J. MIADARET, Chirurgien de l'Hôpital
Saint-Louis,

Qui nous ont fait l'honneur de nous confier
leurs documents personnels et hospitaliers.

A Messieurs les Professeurs Agrégés J.N. MAILLARD
J. MOREAUX
F. CHAUBIN
F. FEKETE

A Messieurs les Docteurs C.A. RICHARD
H. CHARLEUX Chirurgiens des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs TREMOLIERES
ISSERLIS
TESTART
JULIEN
MOULLE

A Madame le Docteur PEQUIGNOT

Qui ont bien voulu nous confier
leurs documents personnels.

A mes collègues d'Internat

A mes Amis.

I N T R O D U C T I O N

L'occlusion intestinale aiguë par brides ou adhérences multiples constitue une complication toujours possible après toute intervention abdominale. Elle pose au chirurgien un double problème : non seulement la traiter quand elle survient, mais aussi tenter d'en prévenir l'apparition ou la récurrence. La plicature ou fixation mésentérique selon le procédé décrit en 1960 par CHILDS et PHILLIPS, beaucoup plus simple et rapide que l'intervention de NOBLE, peut être proposée pour éviter la survenue de telles occlusions. Mais comme toute intervention elle présente ses avantages et ses risques. Reprenant les observations d'interventions de CHILDS et PHILLIPS pratiquées tant à l'hôpital qu'en pratique privée par les membres des services du Professeur J.L. LORTAT-JACOB, du Docteur HEPP, du Docteur MIALARET et du Professeur VERNES, nous nous proposons d'analyser les résultats de ce procédé et, pour tenter d'en réduire les inconvénients, d'essayer de préciser certains détails techniques et surtout les indications.

H I S T O R I Q U E

Au cours de toute intervention abdominale de nombreux facteurs s'associent pour provoquer secondairement la survenue de brides ou de symphy-ses des anses grêles entre elles, avec le péritoine pariétal et avec les organes de voisinage. Ces adhérences incontrôlables et anarchiques peuvent déterminer une gêne au transit intestinal et être source d'obstruction chronique et d'occlusions intestinales aiguës, parfois récidivantes.

En 1937, NOBLE expose une méthode, mise au point au cours de la guerre de 1914, pour obtenir, dans les cas où l'importance et la diffusion des adhérences inévitables constituaient un danger pratiquement certain d'occlusion ultérieure, une coalescence des anses grêles de façon ordonnée, sans coudure anarchique, sans entrave au cheminement harmonieux des ondulations péristaltiques : l'entéro-fixation.

Les premières observations d'interventions de NOBLE pratiquées en France sont exposées par Messieurs Jean QUENU et Georges THOMERET à la séance de l'Académie de Chirurgie du 17 Juin 1951.

En 1956, une vaste discussion à l'Académie de Chirurgie, introduite par une communication de Monsieur S. BLONDIN, permet de juger, à propos de 200 cas, les résultats de cette intervention, dont les dangers tant immédiats que lointains apparaissent non négligeables.

Afin d'éviter ces dangers, dus avant tout à la longueur de l'intervention et aux sutures intestinales, CHILDS et PHILLIPS imaginent d'utiliser

pour maintenir les anses en ordre, non pas la fixation directe des anses entre elles, mais la fixation après plicature du méso qui les porte. Ils présentent ainsi la plicature ou fixation mésentérique en août 1960 dans les "Annals of Surgery".

Ce procédé est introduit en France par Monsieur Claude RICHARD dans un rapport de Monsieur J.L. LORTAT-JACOB à la séance de l'Académie de Chirurgie du 1er Mars 1961.

Les premiers résultats de ce procédé sont exposés dans plusieurs publications françaises, principalement :

- FORSTER E., RICHARD C., COBLENTZ J., et MULLER J.

La plicature fixation du mésentère

Annales de Chirurgie 1963 - 17 - 3,4 - 146-153.

- GAUTIER C. et QUANDALLE P.

L'entéroptychie selon la technique de CHILDS et PHILLIPS

Lille Chirurgicale 1964 - 19 - n° 5.

- BOULVIN B.

La plicature mésentérique du grêle ou opération de CHILDS et PHILLIPS

Annales de Chirurgie 1964 - 18 - 21-22, p. 1334-39.

En décembre 1965 dans Surgery, Gynecology and Obstetrics, SHARP et Mac CARTHY proposent une technique encore simplifiée de fixation mésentérique.

Ce procédé simplifié est repris par Monsieur J.P. CALVET dans deux de ses publications :

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1966, 92, 200-7

Annales de Chirurgie 1967, 21, 929-935.

et dans la thèse de doctorat qu'il inspire à H. HIRTZ (Paris 1966) sont proposées quelques modifications techniques et surtout est exposé l'intérêt de l'utilisation de la fixation mésentérique à titre prophylactique.

Cependant tous les problèmes ne sont pas résolus et les dernières publications :

- J. MOREAUX, J. TESTARD, H. BISMUTH et J. HEPP

La plicature fixation du mésentère selon CHILDS et PHILLIPS

Annales de Chirurgie 1968, 22, 1239-46

- H. CHARLEUX et M. THIRAUT (rapport du Docteur J. MIALARET)

Notre expérience de l'intervention de CHILDS et PHILLIPS.

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1968, 94, 730-734,

rapportent quelques complications et discutent des indications de cette technique.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Nous reproduisons ici la description de M.C. RICHARD :

Le premier temps est la libération complète de l'intestin et des feuillets mésentériques. Ce temps est souvent long; on doit progressivement défaire toutes les brides, toutes les adhérences des anses et des feuillets mésentériques jusqu'à la racine ; il doit être soigneux et minutieux pour éviter autant que possible toute lésion des vaisseaux mésentériques et des parois intestinales.

Le grêle et les feuillets mésentériques ainsi entièrement libérés, les anses sont disposées en accordéon régulier, parallèles entre elles.

Le deuxième temps est celui de la fixation, respectant les premiers centimètres de jéjunum et les derniers d'iléon, Cette fixation est assurée par le passage de points en U perpendiculaires aux feuillets mésentériques et les traversant tous.

Ces points en U doivent :

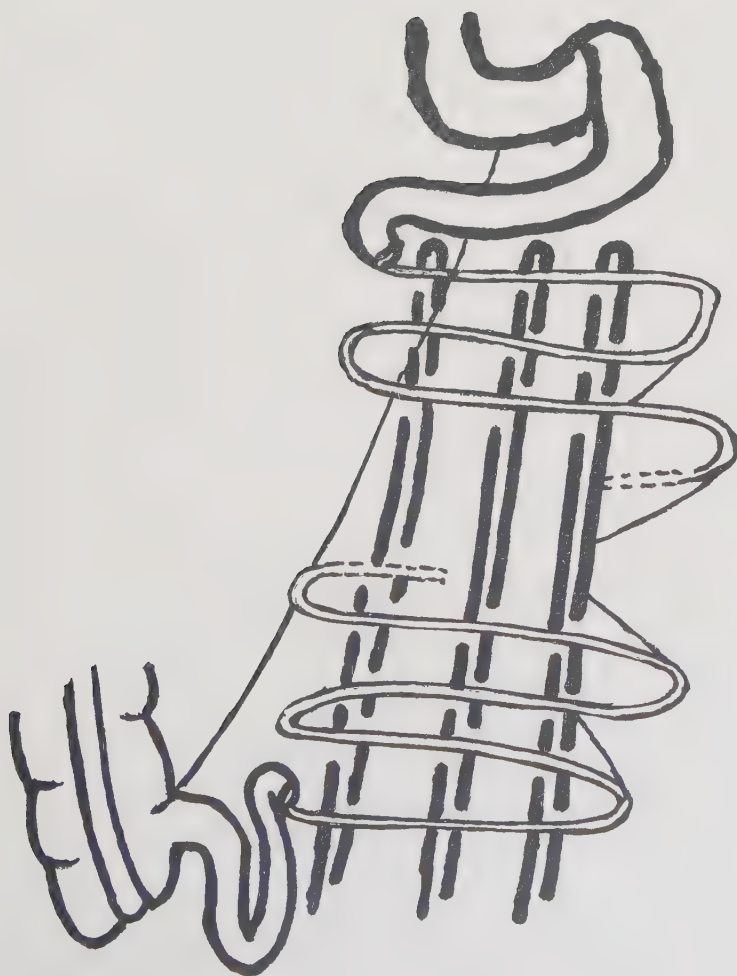
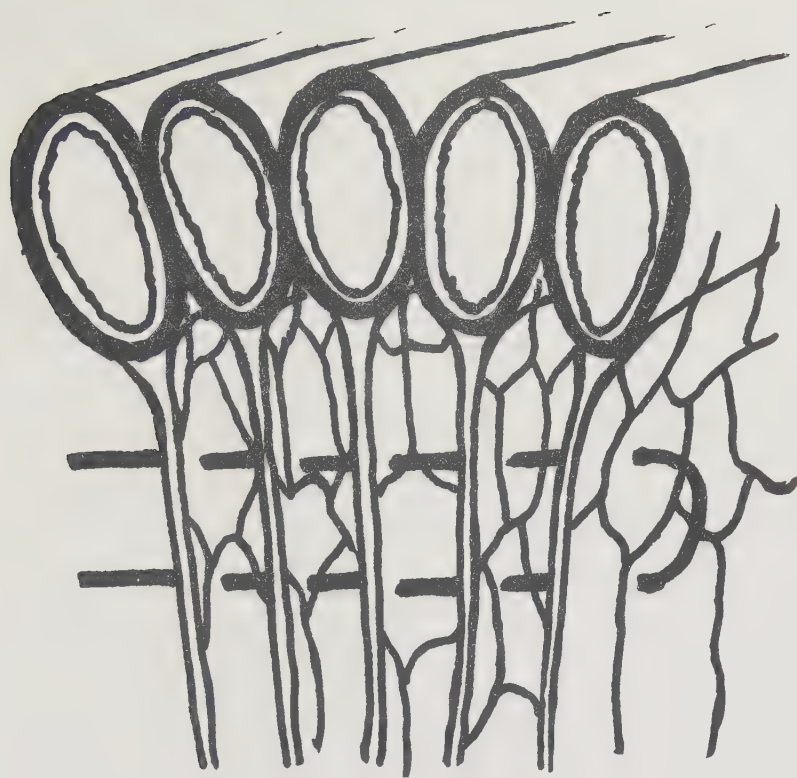
- être régulièrement espacés, les points extrêmes étant très près des cornets mésentériques ;

- passer entre les vaisseaux mésentériques sans les léser, ce que la transillumination rend aisé, et que facilite l'utilisation d'un passe-fil ou d'une aiguille[®] mousse;

- être placés à une certaine distance du bord mésentérique de l'intestin ;

- être noués de telle façon que les feuillets mésentériques soient juxtaposés mais non écrasés les uns contre les autres.

Une fois la fixation terminée, on réintègre l'accordéon intestinal dans l'abdomen où il prend une position oblique de l'hypochondre gauche vers la fosse iliaque droite.



RESUME DES OBSERVATIONS DES MALADES
AYANT SUBI UNE FIXATION MESENTERIQUE
SELON LE PROCEDE DE CHILDS ET PHILLIPS

OBSERVATION 1

Monsieur DUF... 57 ans.

Dans les antécédents : 6 interventions dont deux pour occlusion :

Hernie ombilicale étranglée, gastro-entérostomie ,
Laparotomie exploratrice, gastrectomie subtotale type Finsterer;
occlusion sur bride; occlusion par volvulus et brides (Le Noble est contre-
indiqué par l'état général du malade).

Intervention le 21.10.60 pour crises douloureuses abdominales et
nécessité de faire la cure de 2 hernies inguinales :

- libération du grêle
- Childs par 4 points en U de nylon
- Cure des hernies inguinales

Les suites opératoires sont simples, sans complication.

Reprise du transit : gaz le 3^e jour, selles le 5^e jour.

Transit du grêle : 5 semaines après : anses bien ordonnées, durée normale, sans stase ni dilatation.

Dans l'année qui suit : douleurs abdominales paroxystiques avec vomissements et diarrhée.

Transit du grêle 6 mois plus tard : bonne disposition des anses mais images d'entérite importante.

OBSERVATION 2

Madame PIN ... 48 ans.

Dans les antécédents : 8 interventions dont 4 pour occlusion :
appendicectomie, ovariectomie droite, hystérectomie subtotale avec
ovariectomie gauche, occlusion, occlusion avec résection du grêle, occlusion par volvulus, occlusion avec résection du grêle, volvulus du colon pelvien.

Intervention le 15.4.61 en urgence pour occlusion du grêle.

Libération de très nombreuses adhérences

2 plaies du grêle obligent à une résection

Sigmoïdectomie car découverte d'un cancer

Childs : 6 anses fixées par 4 points en U de nylon 2.

Suites opératoires sans complication.

Reprise du transit au 4^e jour.

Dans les semaines suivantes, plusieurs crises douloureuses abdominales avec météorisme et nausées.

En septembre 1962 : réintervention pour récurrence du cancer.

En septembre 1964 : intervention pour occlusion.

Transit du grêle, 3 mois après : bonne disposition du grêle, durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 3

Madame PER... 47 ans.

Dans les antécédents : hystérectomie, colectomie gauche pour cancer sous-angulaire.

Intervention le 1.5.61 en urgence pour occlusion au 20^e jour post-opératoire :

libération d'adhérences nombreuses et serrées
Childs ; 10 anses fixées par 4 points en U de nylon.

Suites opératoires sans complication.

Reprise du transit au 4^e jour.

Dans les années qui suivent quelques crises douloureuses abdominales.

OBSERVATION 4

Madame MAR... 30 ans.

Dans les antécédents : 3 interventions dont 2 pour occlusion : appendicectomie, occlusion sur brides, occlusion par brides et adhérences.

Intervention le 19.8.61 en urgence pour occlusion.

Libération très laborieuse du grêle
Childs : 9 anses fixées par 3 points en U de nylon.

Suites opératoires sans complication.

Reprise du transit au 4^e jour.

Résultats à distance : aucun trouble.

Transit du grêle 2 mois après : bonne ordonnance des anses, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 5

Monsieur LEF... 52 ans.

Pas d'antécédent chirurgical.

Intervention le 4.12.61 en urgence pour péritonite par plaie du grêle (coup de couteau) vue tardivement :

suture de 2 plaies du grêle
toilette des anses recouvertes de fausses membranes épaisses
Childs par 3 points en U de nylon.

Dans les suites : abcès de paroi.

Reprise du transit au 4^e jour.

7 mois plus tard : aucun trouble.

Réintervention pour cure d'éventration : découverte d'une complication du Childs.

Transit du grêle 10 mois après le Childs : bonne ordonnance des anses, transit de durée normale, sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 6

Madame ROU... 70 ans.

Antécédents : Hémiclectomie droite pour cancer de la valvule de Bauhin; anastomose iléo-transverse pour fistule rétro-péritonéale.

Intervention le 14.11.61 pour cure de la fistule persistante après la 2^e intervention :

libération de très nombreuses adhérences
résection enlevant la fistule et l'anastomose
Childs par 4 points en U verticaux de nylon.

Dans les suites opératoires : abcès de paroi.

Reprise du transit au 3^e jour.

41 ans plus tard : aucun trouble

cure d'une éventration (pas de notion sur le Childs)

Transit du grêle : 6 mois après le Childs. On ne peut préciser la disposition des anses, car le transit est très accéléré (grêle évacué en 2 heures).

OBSERVATION 7

Madame GUI... 48 ans.

Dans les antécédents : 4 interventions dont 2 pour occlusion

Résection ovarienne pour rupture d'un kyste, hystérectomie totale, occlusion, occlusion.

Intervention le 29 mai 62 pour confection d'un anus iliaque gauche, premier temps du traitement d'une fistule recto-vaginale :

libération du grêle. Anus iliaque gauche

Childs par 3 points en U de nylon.

15 jours plus tard, par voie basse cure de la fistule

5 semaines après le Childs : occlusion du grêle

libération d'adhérences à la paroi antérieure.

1 an après le Childs : récurrence de la fistule, subocclusion à répétition

18 mois après le Childs : réintervention; échec du Childs.

Transit du grêle 18 mois après le Childs. Dans le petit bassin la terminaison du grêle est peletonnée et indissociable, stase dans la dernière anse au-delà de 7h 30.

OBSERVATION 8

Madame GIR... 32 ans.

Dans les antécédents : 6 interventions dont 3 pour occlusion du grêle.

Appendicectomie; ovariectomie gauche pour torsion, hystérectomie sub-totale, 3 occlusions du grêle.

Intervention le 28.6.62 pour crises de subocclusion itératives
Libération de très nombreuses adhérences
Découverte d'une brèche mésentérique au travers de laquelle
s'engagent des anses, fermeture de la brèche.
Childs par 3 points en U de nylon.

Suites opératoires sans complication.

Reprise du transit: gaz au 4è jour puis arrêt du transit jusqu'au 10è jour.

Dans les 3 mois suivants : nouvelles crises de subocclusion

Réintervention : subocclusion indépendante du Childs.

Revue 1 an plus tard : aucun trouble.

OBSERVATION 9

Madame OLI .. 78 ans.

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle
Hystérectomie, occlusion sur brides.

Intervention le 11.9.62 en urgence pour occlusion du grêle
libération laborieuse du grêle
entérotomie de vidange

Childs : 10 anses fixées par 4 points en U de nylon

Reprise du transit au 4è jour.

Décès au 5è jour par pneumopathie aiguë.

OBSERVATION 10

Monsieur ROU... 21 ans.

Dans les antécédents : 5 interventions pour occlusion du grêle
la première à 4 ans par corps étrangers les suivantes par adhérences
ou volvulus sur brides.

Intervention le 13.9.62 pour crises de subocclusion à répétition

Libération du grêle

Démontage d'une iléo-transversostomie

Childs par 4 points en U de nylon.

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4è jour.

Pas de nouvelle depuis l'intervention.

OBSERVATION 11

Monsieur FON... 54 ans.

Antécédents : occlusion par sigmoïdite : confection d'un anus iliaque
gauche.

Intervention 1 mois après le 19.1.63 pour occlusion fébrile

Libération du grêle qui met à plat plusieurs abcès

Childs par 4 points en U de fils non résorbables.

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4è jour.

4 mois après le Childs : réintervention pour resection sigmoïdienne

Pas d'incident secondaire.

OBSERVATION 12

Madame GUI... 39 ans.

Dans les antécédents : 3 interventions dont 1 pour occlusion du grêle
péritonite appendiculaire par médiane, hystérectomie subtotale, occlusion
sur bride.

Intervention en urgence le 6.5.63 pour occlusion du grêle :

Libération de nombreuses brides

1 plaie du grêle est suturée

Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Reprise du transit au 5è jour.

3 semaines après le Childs : décès brutal dans un tableau de collapsus
avec melaena.

OBSERVATION 13

Monsieur FLE... 64 ans.

Antécédents ; adénomectomie postatique : anus iliaque gauche pour
occlusion par cancer rectosigmoïdien.

Intervention en juin 63 pour crises de subocclusion à répétition

Libération de nombreuses adhérences

Anastomose au pied d'une anse incluse dans le cancer

Childs par 5 points en U de fils non résorbables;

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz au 3è jour, selles au 4è

45 jours après le Childs : décès par infection, fistule rectovésicale
et altération progressive de l'état général.

OBSERVATION 14

Madame FRA... 51 ans.

Antécédent : anus iliaque gauche pour occlusion par cancer du sigmoïde

Intervention le 9.10.63 pour colectomie gauche

Libération de très nombreuses adhérences du grêle

Colectomie gauche avec suture immédiate

Childs par 3 points en U de nylon 3.

Suites opératoires sans complication

Revue 2 ans après : aucun trouble du transit.

OBSERVATION 15

Monsieur MOH... 43 ans.

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion hémicolectomie droite pour perforation coecale; (insufflation sous pression accidentelle); occlusion sur bride.

Intervention le 26.10.63 pour accidents de subocclusion itératifs

Libération de très nombreuses adhérences

Childs par 3 points en U de nylon

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4^e jour

Revu 18 mois après le Childs : aucun trouble digestif.

OBSERVATION 16

Madame BAR... 50 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont 1 pour occlusion : hystérectomie avec appendicectomie et résection du nerf présacré, occlusion du grêle.

Intervention le 6.5.64 en urgence pour occlusion du grêle

Volvulus sur nombreuses adhérences

Ponction de vidange

Childs : 9 anses fixées par 3 points en U de nylon.

OBSERVATION 17

Monsieur ROU... 45 ans.

Antécédents : thoreck pour cancer du 1/3 moyen de l'oesophage. gavriliu avec jéjunostomie; drainage d'un abcès sous-phrénique gauche; anastomose oesocolique au cou.

Intervention le 12.10.64 en urgence pour occlusion du grêle

Libération laborieuse du grêle

Childs par 2 points en U de nylon 2

Reprise du transit au 6^e jour.

Décès au 20^e jour: à l'autopsie : complication du Childs

OBSERVATION 18

Madame AVE... 17 ans.

Dans les antécédents : 2 interventions dont 1 pour occlusion du grêle; appendicectomie avec résection d'un kyste ovarien droit; occlusion par volvulus sur brides avec résection d'un kyste ovarien gauche.

Intervention le 10.11.64 pour accidents occlusifs itératifs :

Libération difficile du grêle

Childs par 3 points en U de nylon 2.

Suites opératoires sans complication.

Reprise du transit au 4^e jour

Dans les mois qui suivent quelques douleurs post-prandiales tardives

Transit du grêle 2 mois après le Childs. Bonne disposition des anses
sauf dans la partie terminale. Ralentissement du transit (9 heures).

OBSERVATION 19

Madame PAT... 75 ans.

Antécédents : colectomie segmentaire gauche pour cancer de l'angle gauche

Intervention le 5 mars 1965 en urgence pour occlusion du grêle

Volvulus sur bride. Libération laborieuse du grêle

Une plaie est suturée

Childs.

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit gaz le 6^e jour, selles le 10^e jour.

OBSERVATION 20

Madame DEL... 34 ans.

Antécédents : hystérectomie pour perforation utérine suivie d'une fistule du grêle; cure de la fistule par résection avec appendicectomie.

Intervention en juin 1965 en urgence pour suppuration pariétale en bouton de chemise avec une poche intra-péritonéale

Libération du grêle

Childs par 4 points en U de nylon 2.

Dans les suites opératoires : suppuration pariétale

Reprise du transit au 5^e jour.

2 ans plus tard : occlusion fébrile : réintervention : complication du Childs.

OBSERVATION 21

Madame KAL... 29 ans.

Antécédents : colectomie gauche pour rectocolite avec anus transverse dans la fosse iliaque droite. Dans les suites : fistule colique

Intervention le 30.11.65 pour cure de la fistule

Libération de tout le grêle

Colectomie transverse et droite avec iléostomie

Childs par 5 points en U de nylon

Dans les suites opératoires : importantes suppuration de paroi

2 ans plus tard : réintervention pour amputation du rectum (suppuration rectale persistante).

Pas de trouble du transit.

OBSERVATION 22

Madame BAK... 60 ans

Antécédents : 5 interventions pour occlusion du grêle après péritonite ; plastique.

Intervention le 18.2.66 pour crises de subocclusion à répétition

Libération très laborieuse du grêle (4 heures)

Childs par 3 points en U de Tevdeck.

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4^e jour

Dans les suites lointaines quelques douleurs abdominales;

OBSERVATION 23

Madame OBR... 73 ans.

Antécédents : anus transverse pour occlusion par cancer du sigmoïde
Hémi-colectomie gauche avec une résection du grêle.

Intervention le 29.3.66 pour ictère rétentionnel par cancer secondaire

Libération longue du grêle

1 plaie suturée, anastomose hépatico-gastrique

Childs par 3 points en U de catgut chromé

Cure d'une éventration.

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4^e jour

Pendant 1 an : aucun trouble, puis décès par généralisation cancéreuse.

OBSERVATION 24

Madame VAN... 26 ans.

Dans les antécédents : 8 interventions dont 6 pour occlusion :
appendicectomie : péritonite d'origine annexielle; 6 occlusions du grêle

Intervention le 5 mai 1966 pour crises de subocclusions itératives

Libération laborieuse du grêle.

Childs par 3 points en U de catgut chromé.

Dans les suites opératoires : abcès de paroi

Reprise du transit au 4^e jour

4 semaines après récurrence occlusive

Pendant 1 an plusieurs épisodes de subocclusion

1 an après le Childs : occlusion du grêle

Transit du grêle 1 an après le Childs. Transit très accéléré.

OBSERVATION 25

Madame KOM... 66 ans.

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion :
gastrectomie pour hémorragie ulcéreuse occlusion du grêle.

Intervention le 19.9.66 en urgence pour occlusion du grêle
Libération de nombreuses brides et adhérences
Childs par 3 points en U de Tevdeck n° 2
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 5è jour
Revue I an après : quelques crises douloureuses abdominales avec ballonnement.

OBSERVATION 26

Monsieur BER... 20 ans

Antécédents : plaie par balle : suture vésicale et anus iliaque gauche
Intervention le 6.10.66 en urgence pour péritonite par lâchage de la suture vésicale.
Libération laborieuse du grêle
Fermeture de la brèche vésicale
Childs par 5 points en U de nylon.
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4è jour
3 mois plus tard : fermeture de l'anus (pas de précision sur le grêle)
Pendant plusieurs mois : douleurs hypogastriques post-prandiales

OBSERVATION 27

Madame SIX... 42 ans

Antécédents : péritonite appendiculaire; 2 interventions pour stérilité
Intervention 28 octobre 66 pour crises de subocclusion itératives
Libération longue du grêle (2 heures)
Childs par 4 points en U de nylon n° 3
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 3è jour
Revue I an après le Childs : quelques crises douloureuses dans la fosse iliaque droite.

OBSERVATION 28

Monsieur ARS... 40 ans

Dans les antécédents : 3 interventions dont I pour occlusion du grêle
Péritonite appendiculaire; occlusion avec résection suivie d'une fistule;
cure de la fistule par résection.
Intervention le 14.12.66 pour cure d'éventration
Libération de très nombreuses adhérences
Childs par 4 points en U de nylon.
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4è jour
Revu 5 mois après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 29

Monsieur MEC... 22 ans.

Pas d'antécédent chirurgical.

Intervention le 13.1.67 en urgence pour occlusion du grêle par péritonite plastique généralisée.

Découverte de plusieurs abcès et fistules entéro-entérales.

Excision des fistules, résection d'une anse.

Childs.

Reprise du transit au 4^e jour.

Dans les suites : méningite tuberculeuse

Pendant plusieurs mois après le Childs : crises douloureuses abdominales, sans rapport avec les repas.

Transit du grêle 1 mois après le childs : interprétation difficile.

OBSERVATION 30

Monsieur VAN... 61 ans.

Dans les antécédents : 6 interventions dont une pour subocclusion : péritonite appendiculaire suivie d'une fistule qui nécessitera 4 interventions successives. Dérivation interne pour subocclusions.

Intervention le 23.2.67 pour épisodes répétés de subocclusion

Libération difficile du grêle

résection de 15 cm. de jéjunum, sutures de 3 plaies

Hémi-colectomie droite et sigmoïdectomie en raison des lésions inflammatoires.

Childs par 3 points en U de Tevdeck.

Suites opératoires sans complication

Revu 1 an après le Childs : aucun trouble digestif.

OBSERVATION 31

Monsieur LET... 41 ans.

Pas d'antécédent chirurgical.

Intervention le 24.3.67 en urgence pour occlusion par cancer de l'angle colique gauche

Libération de plusieurs anses adhérentes au cancer

Colectomie segmentaire

Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Décès par collapsus irréversible quelques heures après

OBSERVATION 32

Monsieur CHE... 36 ans.

Antécédents : 5 interventions : laparotomie pour pancréatite aiguë ; duodéno-pancréatectomie céphalique ; splénectomie, anastomose mésentérico-

cave; évacuation d'un abcès sous-phrénique au cours d'une septicémie à staphylocoques.

Intervention le 30.12.67 en urgence pour occlusion du grêle
Volvulus sur bride.

Libération de très nombreuses adhérences

Childs par 3 points en U de nylon

Décès 6 jours après : insuffisance cardiaque aiguë par endocardite aiguë.

OBSERVATION 33

Madame DEV... 53 ans.

Antécédents : césarienne; résection d'un kyste ovarien avec résection du grêle; hystérectomie totale avec résection du grêle

Intervention le 15.12.67 pour crises d'occlusion itératives

Libération du grêle

Childs par 3 points en U de catgut chromé

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz au 3è jour, selles au 5è jour

Revue I an après le Childs : aucun trouble digestif.

OBSERVATION 34

Monsieur BOH... 60 ans

Antécédents : amputation abdomino- périnéale pour cancer du rectum

Intervention le 24.1.68 en urgence pour occlusion du grêle

Volvulus du grêle

Libération difficile de très nombreuses adhérences

Childs par 3 points en U de catgut chromé

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz le 4è jour, selles le IIIè jour

Pendant 3 mois : douleurs abdominales.

OBSERVATION 35

Madame SAF... 77 ans.

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle : hystérectomie totale; occlusion sur brides.

Intervention le 22.3.68 pour cancer du colon transverse

Libération de très nombreuses adhérences

Colectomie segmentaire

Childs par 3 points en U de flexidène

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 5è jour.

OBSERVATION 36

Madame CAR... 77 ans

Antécédents : appendicectomie; occlusion du grêle.

Intervention le 29.3.68 en urgence pour occlusion du grêle

Libération du grêle

Entérotomie de vidange

Fixation type Mac Carthy au catgut chromé 2

Dans les suites opératoires : fistule du grêle

6 mois après : réintervention pour cure de la fistule : guérison

Transit du grêle 6 mois après le Childs ; anses bien disposées

Transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION N° 37

Madame FOR... 80 ans.

Dans les antécédents : 7 interventions dont une pour occlusion : appendicectomie, hystérectomie, laparotomie exploratrice, gastrectomie type Polya; exérèse d'un kyste du méso-sigmoïde; occlusion sur bride; Dragstedt pour ulcère peptique.

Intervention le 13.4.68 en urgence pour occlusion du grêle

Libération de très nombreuses adhérences

Childs par 3 points en U de Tewdeck 2

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz le 5^e jour, selles le 15^e jour.

OBSERVATION 38

Monsieur DAD... 68 ans

Pas d'antécédent chirurgical mais péritonite tuberculeuse.

Intervention le 18.4.68 pour gastrectomie pour ulcère.

Libération longue et laborieuse du grêle

Gastrectomie subtotale type Polya pré colique

Childs par 3 points en U

Dans les suites opératoires : fistule gastrique

Réintervention au 6^e jour : oblitération par accolement séreux de la 2^e anse jéjunale après démontage partiel du Childs.

Guérison.

OBSERVATION 39

Monsieur HAM... 38 ans.

Antécédents : spléno pancréatectomie gauche avec forage pancréatico-duodénal, drainage d'un abcès sous-phrénique, résection du grêle pour fistule; drainage d'un abcès sous-phrénique droit.

Intervention le 30.4.68 pour drainage d'un abcès sous-phrénique gauche
Libération du grêle; I plaie est suturée
Childs par 3 points en U de catgut chromé n° 2
Dans les suites opératoires : fistule très transitoire du grêle
Reprise du transit au 8è jour.

OBSERVATION 40

Monsieur LEB... 35 ans

Antécédent : laparotomie exploratrice : lésion de colite gauche
Intervention le 6 juin 1968 pour colectomie gauche
libération de très nombreuses adhérences
Colectomie gauche : Hartmann
Childs par 3 points en U de catgut chromé 2
Dans les suites opératoires : suppuration pariétale puis éviscération
que l'on reprend au 12è jour.
Reprise du transit 4è jour.
4 mois après le Childs : réintervention pour réimplantation colo-rectale
Pas de trouble du transit.

OBSERVATION 41

Madame NIC... 71 ans.

Antécédents : appendicectomie, exérèse d'une tumeur du grêle
Intervention le 11.10.68 pour crises d'occlusion itératives
Libération de très nombreuses adhérences
Childs par 3 points en U
Dans les suites opératoires : abcès de paroi
Reprise du transit 4è jour
Revue 3 mois après le Childs : pas de trouble..

OBSERVATION 42

Madame BAR... 70 ans

Antécédent : hystérectomie.
Intervention le 18.10.68 en urgence pour occlusion du grêle
Libération laborieuse du grêle
Fixation mésentérique type Mac Carthy au catgut chromé 2
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit : gaz le 5è jour selles le 5è jour
Transit du grêle 5 semaines après le Childs : anses bien ordonnées,
transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 43

Madame LEN... 43 ans.

Antécédents : colectomie segmentaire pour cancer du colon gauche; confection d'un anus sous-angulocolique gauche pour fistule colique (dans les suites : sténose de l'oesophage secondaire au maintien d'une sonde gastrique très prolongé).

Intervention le 6.II.68 pour récurrence colique du cancer

Libération de très nombreuses adhérences du grêle

I plaie est suturée

Appendicectomie, colectomie enlevant le cancer et l'an^s gastrotomie pour passage d'un fil sans fin; gastrostomie

Childs par 3 points en U de nylon.

Suites opératoires sans complication.

Reprise du transit : gaz au 5^e jour, selles au 7^e jour

Pendant 3 mois : douleurs abdominales à caractères très particuliers

Transit du grêle I mois après le Childs : anses très bien disposées

Transit de durée normale, sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 44

Mademoiselle AUR... 16 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle : appendicectomie; occlusion par volvulus et brides.

Intervention le 29 juin 1962 en urgence pour occlusion du grêle

Libération de très nombreuses adhérences

Evacuation d'un petit abcès du Douglas

Childs par 3 points en U de lin n° 2

suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4^e jour.

OBSERVATION 45

Madame BER... 63 ans.

Antécédents : une intervention pour occlusion du grêle par volvulus sur une bride secondaire à une curiethérapie pour cancer du col.

Intervention le 26.4.63 en urgence pour occlusion du grêle

Libération difficile du grêle

Une plaie suturée

Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Dans les suites opératoires : abcès de paroi

Reprise du transit au 4^e jour mais météorisme important jusqu'au 8^e jour

Transit du grêle 3 mois après le Childs. Anses bien ordonnées, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 46

Monsieur FAV... 15 ans

Antécédent : péritonite appendiculaire
Intervention le 13 mai 63 pour tuméfaction de la fosse iliaque droite
Libération de très nombreuses adhérences autour d'un abcès
Childs par 3 points en U de nylon
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4^e jour
Revu 1 an après le Childs : aucun trouble
Transit du grêle 4 mois après le Childs : bonne disposition du début
mais stase dans les dernières anses.

OBSERVATION 47

Madame PIC... 52 ans

Antécédents : appendicectomie; hystérectomie subtotale, résection du
sigmoïde pour sigmoidite.
Intervention le 18 août 63 pour subocclusion fébrile :
Drainage d'une importante suppuration par abcédation
d'adénopathies mésentériques inférieures
Libération du grêle
Childs par 2 points en U de nylon 4
Dans les suites opératoires : suppuration pariétale
Reprise du transit au 4^e jour
10 mois après le Childs : ablation de fils pariétaux qui provoque
une fistule transitoire du grêle.
Revue 2 ans après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 48

Monsieur GAC... 36 ans

Antécédent : appendicectomie et epiploectomie partielle par médiane
Intervention le 27.5.64 pour occlusion au 8^e jour après l'intervention
Libération des anses agglomérées dans la fosse iliaque droite
Entérotomie de vidange
Childs par 3E points en U de fils non résorbables
et fixation de la dernière anse type Noble
Dans les suites opératoires : abcès de paroi
Reprise du transit : gaz au 4^e jour, selles au 5^e jour
Revu 1 an après le Childs : aucun trouble
Transit du grêle 20 jours après le Childs : anses bien disposées mais di-
latées et paraissant converger vers une zone adhérentielle dans la fosse
iliaque droite.

OBSERVATION 49

Madame PAN... 37 ans

Antécédents : cholecystectomie; 18 jours plus tard drainage d'un choleperitoïne.

Intervention le 31 juillet 64 pour réparation biliaire

Libération longue et laborieuse du grêle

hépatico-jéjunostomie sur anse en Y

Childs par 3 points en U de nylon

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 3è jour.

OBSERVATION 50

Madame BIS... 65 ans

Dans les antécédents : 10 interventions dont 6 pour occlusion du grêle : appendicectomie; cholecystectomie; gastrectomie, ovariectomie, 6 occlusions dont une avec résection du grêle.

Intervention le 17 août 64 en urgence pour occlusion du grêle

Libération du grêle très adhérent

Childs par 3 points en U de fils non résorbables

Cure de plusieurs points d'éventration par treillis métallique

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 5è jour

Revue 6 mois après le Childs : quelques crises douloureuses abdominales paroxystiques.

Transit du grêle 14 jours après le Childs : bonne disposition des anses sauf dans la partie terminale, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 51

Madame KENL... 45 ans.

Antécédents hystérectomie totale; évacuation d'un abcès pelvien par voie haute et basse.

Intervention le 28 août 1964 en urgence pour volvulus du sigmoïde

Détorsion du volvulus

Libération de très nombreuses adhérences

Entérotomie de vidange

Childs par 3 points en U de nylon

Reprise du transit : gaz au 3è jour, selles au 5è jour

Au 8è jour : fistule du grêle : réintervention immédiate : guérison.

OBSERVATION 52

Monsieur LEG... 55 ans

Pas d'antécédent chirurgical.

Intervention le 30 septembre 64 pour sténose du pylore.

En fait, adhérences de tous les organes vraisemblablement complication d'une ancienne péritonite tuberculeuse

Libération du grêle

Childs par 3 points en U de lin

Dans les suites opératoires : abcès de paroi

Reprise du transit gaz au 4^e jour, selles au 7^e jour

Revu 4 ans après le Childs : quelques crises douloureuses localisées dans la fosse iliaque droite

Transit du grêle 2 mois après le Childs : bonne disposition des anses, ni stase ni dilatation, mais transit ralenti : coecum atteint en 9 heures, grêle évacué en 10 heures.

OBSERVATION 53

Madame CHA... 23 ans

Antécédents ; péritonite appendiculaire (appendicectomie et résection du grêle); éviscération post-opératoire.

Intervention le 21.11.64 en urgence pour occlusion du grêle

Libération du grêle très adhérent

Entérotomie de vidange

Childs par 3 points en U de lin n° 2

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 3^e jour

27 mois après le Childs : aucun trouble mais réintervention pour torsion d'un kyste à l'ovaire.

Transit du grêle 3 mois après le Childs : anses bien ordonnées transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 54

Monsieur DEN... 25 ans

Antécédents : gastrectomie totale et spléno pancréatectomie gauche pour syndrome de Zollinger Ellison

Intervention le 22.12.64 en urgence pour occlusion haute du grêle

Libération du grêle agglutiné au grand épiploon

Epiploectomie

Childs par 3 points en U de fils non résorbables

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 3^e jour

Revu 4 ans après le Childs : pas de douleurs, quelques épisodes diarrhéiques.

OBSERVATION 55

Madame GAU... 46 ans

Dans les antécédents : 10 interventions dont 6 pour occlusion du grêle
Appendicectomie, cholecystectomie; hystérectomie avec annexectomie
3 occlusions (une avec anastomose iléo-transverse); hémicolectomie droite
3 occlusions dont une avec résection du grêle.

Intervention le 23.2.65 pour épisodes occlusifs récidivants

Libération très laborieuse du grêle

Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Reprise du transit au 2è jour

Au 13è jour : nouvelle occlusion imposant la réintervention.

OBSERVATION 56

Madame GEN... 52 ans

Antécédents ; cure de hernie crurale, hystérectomie subtotale,
colectomie gauche pour cancer (avec splenectomie et pancréatectomie
caudale) Anus transverse pour péritonite post-opératoire; fermeture
de l'anús suivie de fistule colique.

Intervention le 2 mars 1965 pour fermeture de l'anús transverse :

Libération laborieuse du grêle

Fermeture intrapéritonéale de l'anús

Childs par 3 points en U de nylon 2

Cure d'événtration.

(à signaler que le rétablissement de la continuité avait été fait
trans-mésentérique)

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 3è jour

2 ans après le Childs : cholecystectomie pour lithiase
(par voie sous-costale - pas de notion sur le Childs).

OBSERVATION 57

Monsieur MIC... 47 ans

Antécédent : amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum

Intervention le 26 mai 65 pour subocclusion fébrile post-opératoire

Libération de nombreuses adhérences

évacuation d'abcès pelviens

Anus iliaque gauche terminal (Hartmann)

Childs par 3 points en U de nylon 2

Dans les suites opératoires : abcès de paroi

Reprise du transit au 3è jour.

OBSERVATION 58

Monsieur BET... 12 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle
péritonite appendiculaire; occlusion par agglutination autour d'un abcès
(Noble partiel)

Intervention le 17.7.65 en urgence pour occlusion du grêle

Le Noble s'est défait

Libération du grêle

Suppression de l'anastomose iléo-transverse antérieure

Childs par 3 points en U de nylon 2

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 3è jour

Revu 2 ans après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 59

Monsieur RES... 41 ans

Antécédent : gastrectomie type Péan pour ulcère

Intervention en septembre 1965 au 10è jour de la gastrectomie pour
occlusion

Volvulus sur bride

Libération du grêle avec une résection

Childs

Dans les suites : fistule du grêle

Réintervention immédiate suivie d'éviscération et de nouvelles
fistules.

4 mois après le Childs : réintervention pour cure des fistules.

OBSERVATION 60

Monsieur GRE... 38 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont 1 pour occlusion :
gastrectomie type Péan, occlusion sur brides.

Intervention le 22.9.65 en urgence pour occlusion du grêle

Nombreuses adhérences et brides

Vidange du grêle par ponction

Childs par 3 points en U de trinyl

Pendant quelques mois : douleurs hypogastriques post-prandiales
disparues 2 ans après le Childs.

OBSERVATION 61

Madame GUA... 39 ans.

Antécédents : exérèse d'un kyste de l'ovaire gauche; péritonite par per-
foration du grêle au cours d'un coelioscopie, suivie de fistule du grêle.

Intervention le 17.12.65 pour cure chirurgicale de la fistule du grêle:
Libération longue du grêle
Résection emportant la fistule
Childs

Dans les suites opératoires : abcès de paroi.

Reprise du transit au 4^e jour, mais météorisme persistant pendant 8 jours.

I an après le Childs : crises douloureuses abdominales intermittentes

Transit du grêle I mois après le Childs : la disposition est difficile à préciser, transit de durée normale.

OBSERVATION 62

Monsieur MAI... 52 ans

Antécédents : appendicectomie; amputation abdomino-périnéale pour cancer rectal

Intervention le 27.12.65 en urgence pour occlusion du grêle

Libération de très nombreuses adhérences

Vidange du grêle par ponction

Childs par 3 points en U de nylon 2

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 5^e jour

Revu un an après le Childs : aucun trouble

Transit du grêle 1 mois après le Childs : anses très bien ordonnées
transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 63

Monsieur DOZ... 47 ans

Dans les antécédents : 3 interventions dont 1 pour occlusion du grêle
ablation d'un calcul de l'uretère droit, intervention pour sténose
de l'uretère droit; occlusion.

Intervention le 18.2.66 en urgence pour occlusion du grêle

Libération de très nombreuses adhérences

Childs par 3 points en U de Trinyl n° 3

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4^e jour

3 mois après le Childs : aucun trouble digestif

Réintervention pour uretéro-plastie droite.

OBSERVATION 64

Madame VIE... 55 ans

Antécédents : appendicectomie; 2 interventions pour rétroversion utérine;
ovariectomie gauche pour kyste; hystérectomie subtotal, cure d'éventra-
tion (avec une résection du grêle).

Intervention le 2.3.66 pour bauhinite oedémateuse

Libération de très nombreuses adhérences

Résection iléo-coecale

Childs par 3 points en U de mersiline 2

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz au 4^e jour puis état de subocclusion pendant 15 jours.

Revue I an après le Childs : crises douloureuses avec météorisme et nausées.

Transit du grêle I an après le Childs : on ne peut juger de la disposition des anses, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 65

Madame BOU... 27 ans

Antécédents : appendicectomie : salpingectomie gauche

Intervention le 22 mars 1966 en urgence pour occlusion du grêle

Libération de très nombreuses adhérences

Fixation mésentérique type Mac Carthy au catgut

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4^e jour

3 mois après le Childs : aucun trouble digestif

Réintervention pour kyste de l'ovaire tordu.

OBSERVATION 66

Monsieur MAN... 14 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle : contusion de l'abdomen (suture d'une plaie du foie), occlusion sur brides.

Intervention le 31.3.66 en urgence pour occlusion du grêle

Libération laborieuse du grêle

Appendicectomie, épiploectomie partielle, entérotomie de vidange

Childs par 3 points en U de catgut chromé 2

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz 4^e jour, selles 6^e jour

Revue I an après le Childs : quelques crises douloureuses abdominales.

OBSERVATION 67

Madame PAL... 46 ans

Antécédents : salpingectomie bilatérale; intervention sur les voies biliaires; colectomie subtotala pour colite ulcéreuse et nécrotique (iléostomie, abouchement du sigmoïde à la médiane)

Intervention le 2 juin 1966 pour rétablissement de la continuité,
Libération de très nombreuses adhérences
Suture iléo-rectale
Fixation mésentérique type Mac Carthy au catgut chromé
Reprise du transit au 4è jour
Au 16è jour : réintervention pour complication du Childs'.

OBSERVATION 68

Madame IMB... 67 ans

Antécédents : colostomie transverse pour perforation diastatique en amont d'un cancer recto-sigmoïdien, colostomie sigmoïdienne; colectomie subtotal (Hartmann)

Intervention en Juin 66 pour rétablissement de la continuité
Libération longue du grêle
Rétablissement de la continuité type Duhamel
Childs par points en U de mersilene 1
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit gaz au 4è jour, selles au 5è jour

OBSERVATION 69

Monsieur GUY... 38 ans

Dans les antécédents : 3 interventions dont 1 pour occlusion du grêle
Amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum; occlusion par volvulus du grêle; cure d'événtration suivie de fistule, du grêle.
Intervention le 5.7.66 pour cure de la fistule du grêle
Libération du grêle
Résection emportant la fistule
Childs par 3 points en U de Trinyl
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4è jour
Revu 3 mois après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 70

Monsieur GOU... 42 ans

Dans les antécédents : 3 interventions dont 1 pour occlusion du grêle : gastrectomie type Péan pour ulcère; occlusion sur bride; fistule gastrique; degastro-gastrectomie suivie d'une fistule duodénale.

Intervention le 20 septembre 1964 pour cure de la fistule
Suture d'une petite fistule gastrique
Recoupe et suture du moignon duodénal
Libération du grêle
Childs par 3 points en U de Trinyl
Cure de l'événtration

Reprise du transit au 5è jour
Au 10è jour : fistule transitoire gastrique
Au 20è jour : occlusion fébrile : réintervention
1 an plus tard : occlusion cédant au traitement médical.

OBSERVATION 71

Monsieur LAJ... 37 ans

Antécédents : laparotomie exploratrice pour hémorragie digestive;
gastrectomie type Finsterer pour ulcère.
Intervention le 3 octobre 1966 pour crises d'occlusion à répétition
Libération longue du grêle
Childs par 4 points en U de nylon 3
Suites opératoires sans complication
Revu 1 an après le Childs : quelques crises douloureuses abdominales.

OBSERVATION 72

Madame BOU... 49 ans

Antécédent : laparotomie avec drainage d'une cavité kystique
Intervention le 27.5.67 pour faux kyste du Pancréas
En fait péritonite encapsulante
Libération très difficile du grêle
Childs par 3 points en U de fils non résorbables
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 3è jour.

OBSERVATION 73

Monsieur LEC... 24 ans

Dans les antécédents : 3 interventions dont 1 pour occlusion du grêle :
cure d'un diverticule de Meckel, occlusion du grêle suivie d'une fistule
du grêle réopérée immédiatement.
Intervention en juin 1967 pour hémicolectomie droite
Libération longue du grêle
Childs.
1 mois plus tard : occlusion du grêle opérée, suivie d'une fistule du
grêle.
6 mois plus tard : réintervention pour cure de la fistule.

OBSERVATION 74

Madame BER... 63 ans

Dans les antécédents : 4 interventions dont 2 pour occlusion du grêle
césarienne; gastrectomie type Finsterer pour ulcère, 2 occlusions du grêle.

Intervention le 8.7.67 en urgence pour occlusion du grêle

Libération difficile de la totalité du grêle

Childs par 2 points en U de nylon 3

Dans les suites opératoires : embolie pulmonaire

1 mois après le Childs : nouvelle occlusion du grêle : intervention suivie de fistule du grêle qui nécessitera un traitement chirurgical.

OBSERVATION 75

Madame VER... 62 ans

Pas d'antécédent chirurgical.

Intervention le 10.10.67 pour tumeur abcédée du coecum

Hémi-colectomie droite

Libération des dernières anses

Childs par 3 points en U

Dans les suites opératoires : abcès de paroi

Reprise du transit : gaz le 3è jour, selles le 5è jour

Revue 4 mois après le Childs : aucun trouble

OBSERVATION 76

Monsieur JOU ... 58 ans

Aucun antécédent chirurgical.

Intervention le 25.10.67 pour cancer du colon transverse

Envahissement du mésocolon

Colectomie totale

Résection de la paroi antérieure de la 1ère anse

Fixation type Mac Carthy au catgut chromé

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4è jour

1 an après le Childs : récurrence tumorale : gastroentérostomie

Transit du grêle 2 mois après le Childs : anses bien ordonnées, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 77

Monsieur GUI... 57 ans

Dans les antécédents : 8 interventions dont 3 pour occlusion du grêle : néphrectomie droite, gastrostomie, gastrectomie; totalisation de la gastrectomie; 2 occlusions du grêle, 2 cures d'éventration, vagotomie bilatérale occlusion traitée par Noble.

Intervention en Aout 1962 pour intolérance digestive

Le Noble a lâché en certains points

Il existe des fistules entéro-entérales

Libération de tout le grêle avec suture des brèches

Childs aux fils non résorbables.

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit: 4è jour

Il a été impossible de retrouver des nouvelles de ce malade.

OBSERVATION 78

Monsieur WIR... 59 ans

Dans les antécédents : 4 interventions dont I pour occlusion du grêle
Appendicectomie, gastrectomie, hémicolectomie droite, occlusion du grêle.

Intervention le 23.1.63 pour occlusion post-opératoire (14è jour)

Libération laborieuse du grêle

Réfection de l'iléotransversostomie rétrécie

Childs au nylon 3

Reprise du transit au 6è jour

puis fistule stercorale

Décès 14 jours après le Childs (pas d'autopsie)

OBSERVATION 79

Monsieur BOU... 67 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour subocclusion
itérative ; volvulus du coecum; intervention pour subocclusions itératives
(avec appendicectomie)

Intervention le 16.2.63 pour syndrome péritonéo-occlusif en urgence

Rupture d'un abcès à anaérobies

Libération des anses agglutinées autour de l'abcès

Childs au nylon 2

Au 4è jour : éviscération : réintervention immédiate

4 ans après le Childs : occlusion du grêle -(complication du Childs)
réintervention nouveau Childs).

Dans les suites : éviscération et fistules du grêle.

Décès par hémorragie des fistules et suppuration.

OBSERVATION 80

Madame BOU... 71 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont I pour occlusion du grêle :
gastrectomie type Finsterer: occlusion sur brides

Intervention le 29.3.63 en urgence pour occlusion du grêle

Libération difficile du grêle

Childs par 3 points en U de Mersilene 2

Au 3è jour : décès brutal, vraisemblablement par embolie pulmonaire.

OBSERVATION 81

Madame ASS... 27 ans

Antécédents : appendicectomie; intervention pour stérilité
En février 1963 intervention pour stérilité
Libération de très nombreuses adhérences du grêle
Ablation d'un kyste de l'ovaire droit
Childs avec fils non résorbables
Suites opératoires sans complication
Revue 4 ans après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 82

Madame HOU... 60 ans

Antécédents : hystérectomie, cure d'éventration
Intervention le 30. 12.65 en urgence pour occlusion du grêle
Libération difficile du grêle
Résection de la dernière anse porteuse d'une tumeur inflammatoire
Childs au catgut chromé
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4^e jour
Revu 3 ans après le Childs : aucun trouble

OBSERVATION 83

Madame GAU... 72 ans

Dans les antécédents : 4 interventions dont 2 pour occlusion du grêle :
cure de rétroversion utérine; hystérectomie; deux occlusions sur brides.
Intervention le 22 mars 1966 en urgence pour occlusion du grêle
Libération laborieuse du grêle
Childs au nylon
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4^e jour
Décès 1 an après par accident vasculaire cérébral.

OBSERVATION 84

Monsieur BOU... 66 ans

Antécédent : exérèse d'une tumeur maligne de la dernière anse iléale
Intervention 3.4.66. pour occlusion opératoire persistante
Agglutination des anses difficiles à libérer
Childs au catgut chromé
Décès avant le réveil (antécédent d'accidents vasculaires cérébraux).

OBSERVATION 85

Madame DEG... 32 ans

Dans les antécédents 2 interventions dont une pour occlusion du grêle
Intervention le 9 Mai 66 pour douleurs et troubles du transit
Libération de très nombreuses adhérences
Childs
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit : gaz le 3è jour, selles le 4è jour.

OBSERVATION 86

Madame NEU... 20 ans

Antécédent ; appendicectomie
Intervention le 12.6.66 en urgence pour occlusion du grêle
Libération de la totalité du grêle
Nombreuses adhérences et brides
Childs par 2 points en U de nylon 4
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4è jour.

OBSERVATION 87

Madame COT... 53 ans

Antécédents : résection d'un cancer de la jonction recto-sigmoïdienne
Intervention en juin 66 pour récurrence locale
colectomie et Hartmann
Libération du grêle très adhérent
Childs.
Dans les suites opératoires : abcès de paroi
Reprise du transit : 7è jour
Revue 1 an après le Childs : pas de trouble.

OBSERVATION 88

Madame DEF... 45 ans

Antécédents : hémicolectomie droite pour tuberculose iléo-coecale
Intervention le 1.7.66 pour tuméfaction fistulisée de la fosse iliaque droite
Libération du grêle
résection emportant la fistule
suture d'une plaie sur le 2è duodénum
Childs par 3 points en U de catgut chromé
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 5è jour.

OBSERVATION 89

Monsieur HUO... 54 ans

Antécédent : amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum
Intervention le 15.7.66 pour occlusion du grêle en urgence
Volvulus du grêle, nombreuses adhérences
Libération laborieuse
Résection d'une anse
Childs par 2 points en U de nylon 3
Décès le 11^e jour par complication infectieuse (pas d'autopsie)
Reprise du transit au 6^e jour.

OBSERVATION 90

Monsieur LOL... 54 ans

Antécédent : colectomie totale pour polypose recto-colique
Intervention le 5.1.67 en urgence pour occlusion du grêle
agglutination autour de 2 abcès, libération
l'anastomose iléo-rectale lache pendant l'intervention
fermeture du rectum et iléostomie
Childs
Reprise du transit au 4^e jour
Au 9^e jour : réintervention pour péritonite
Désunion du rectum
Dans les suites : ictere, persistance de la suppuration et
décès au 7^e jour.

OBSERVATION 91

Monsieur BEZ... 73 ans

Antécédent : résection de la charnière recto-sigmoïdienne pour cancer
Intervention le 2.2.67 en urgence pour occlusion du grêle
Libération du grêle
Childs au catgut chromé
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 4^e jour
Revu 6 mois après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 92

Madame CAM... 55 ans

Dans les antécédents : 2 interventions pour occlusion du grêle : l'une
sur brides après curiethérapie pour cancer du col; l'autre par phytobezoard
extraît par entérotomie.

Intervention le 16 aout 67 en urgence pour occlusion du grêle
Agglutination d'anses par carcinose
Childs au catgut
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 3è jour
Pendant 1 an : aucun trouble, puis décès par cachexie cancéreuse.

OBSERVATION 93

Madame HOP... 22 ans

Antécédent : péritonite appendiculaire
Intervention le 26 aout 67 en urgence pour occlusion du grêle
Agglutination d'anses autour d'une adénopathie mésentérique
Libération difficile
Childs
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 5è jour
Revue 6 mois après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 94

Monsieur MAH... 53 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle
rectopexie au promontoire pour prolapsus du rectum; occlusion
Intervention en novembre 1967 pour abcès latéro-rectaux avec septicémie
Ablation des 2 bandellettes de Dacron flottant dans les abcès
latéro-rectaux
Libération du grêle
Childs au catgut chromé
Décès secondaire dans un tableau de septicémie avec collapsus
A l'autopsie : pas de notion sur le Childs
Necrose de L4 et L5

OBSERVATION 95

Madame LEM... 46 ans

Antécédent : cure de prolapsus par voie mixte avec myomectomie et
appendicectomie
Intervention en décembre 66 en urgence pour occlusion du grêle
Libération de nombreuses adhérences
Childs au catgut
9 mois après le Childs : occlusion du grêle par complication du Childs
Nouveau Childs au catgut chromé
suites sans complication
reprise du transit au 8è jour
Revue 6 mois après le 2è Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 96

Madame SIR... 62 ans

Antécédent : colectomie segmentaire pour cancer du colon gauche
Intervention le 19.10.67 pour récurrence rectale
Amputation abdomino-périnéale et hystérectomie
Libération de très nombreuses adhérences du grêle
Childs par 2 points en U de catgut chromé
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 5^e jour
Revue 1 an après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 97

Madame GRI... 84 ans

Antécédent : anus iliaque gauche pour occlusion par sigmoïdite
Intervention le 22.11.67 en urgence pour occlusion par iléus biliaire
Libération de très nombreuses adhérences du grêle
Ablation du calcul et resection d'une anse
Childs par 2 points au catgut chromé
Reprise du transit au 4^e jour
Au 6^e jour: décès par embolie pulmonaire massive (vérifiée).

OBSERVATION 98

Madame MON... 41 ans

Pas d'antécédent chirurgical.
Intervention le 10.1.68 en urgence pour péritonite aiguë généralisée
d'origine appendiculaire?
Appendicectomie
toilette péritonéale après libération laborieuse du grêle
Childs par 2 points en U de catgut chromé 3
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit : gaz le 3^e jour, selles le 5^e jour.

OBSERVATION 99

Monsieur SEV... 60 ans

Antécédents : appendicectomie, colectomie segmentaire pour sigmoïdite
(Hartmann)
Intervention le 15.1.68 pour occlusion 18 jours après la colectomie
Libération laborieuse du grêle
Childs par 2 points en U de catgut chromé
Reprise du transit en 6^e jour
Au 8^e jour : nouvelle occlusion
Décès brutal au 9^e jour : à l'autopsie : embolie pulmonaire
complication du Childs.

OBSERVATION 100

Monsieur VAC... 62 ans.

Antécédents : cure de hernie ombilicale, résection segmentaire du colon gauche pour cancer.

Intervention le 25.9.66 en urgence pour occlusion du grêle

Libération laborieuse du grêle

Détorsion d'un volvulus

Childs par 3 points en U de nylon

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 10^e jour

Revu 14 mois après : aucun trouble

Transit du grêle 20 jours après le Childs : anses bien ordonnées au début, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 101

Madame HAN... 23 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle : Péritonite appendiculaire, occlusion par adhérences

Intervention en Octobre 66 en urgence pour occlusion du grêle

Libération laborieuse du grêle

Résection partielle des ovaires (kystes hématiques)

Childs par 3 points en U de tergal n° 4

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 10^e jour

Transit du grêle 4 mois après le Childs : anses bien ordonnées, transit de durée normale sans stase ni dilatation.

Revue 6 mois après le Childs ; aucun trouble.

OBSERVATION 102

Monsieur DAI'... 29 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour subocclusion chronique. Abscess du Douglas évacué par rectotomie; appendicectomie et libération du grêle

Intervention le 18.11.66 en urgence pour occlusion du grêle

Libération laborieuse du grêle

Vidange par ponction

Childs par 3 points en U de tergal 4

Cure d'une éventration

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 6^e jour

Revu 2 ans après le Childs : quelques douleurs abdominales.

OBSERVATION 106

Monsieur KOZ... 27 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle Appendicectomie; occlusion sur bride.

Intervention le 24.11.67 pour syndrome de Koenig et sténose de la dernière anse grêle sur le transit du grêle

Libération du grêle

La dernière anse apparaît saine

Childs par 2 points en U au gros nylon

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz au 4e jour, selles au 6e jour

Transit du grêle 14 jours après le Childs : anses bien ordonnées transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 107

Monsieur MAR... 16 ans

Antécédents : appendicectomie; évacuation d'un hémopéritoine infecté par médiane; drainage d'un abcès sous-phrénique droit; drainage d'un abcès sous-phrénique gauche.

Intervention le 8.2.68 pour subocclusion fébrile persistante

Très nombreuses adhérences

ouverture de nombreux abcès

Childs par 2 points en U de nylon 4

Reprise du transit au 3è jour

Au 15è jour : fistules du grêle : irrigation; guérison en 6 semaines

Revu 6mois après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 108

Monsieur THI... 58 ans

Antécédent : ablation d'une volumineuse tumeur du mésentère

Intervention le 10.2.68 pour subocclusion fébrile persistante

Libération difficile du grêle

Découverte d'une fistule du 3è duodénum

Duodéno-jéjunostomie trans-mésocolique court-circuitant la fistule sur anse en Y

Childs par 3 points en U de tergal

Dans les suites opératoires : persistance de la fistule

réintervention : oblitération des orifices par accolement sérieux

Guérison.

Transit du grêle 1 mois après le Childs : anses bien ordonnées, légère dilatation des anses jéjunales transit ralenti avec stase iléale au-delà de la 9è heure.

OBSERVATION 109

Monsieur ^VVIL... 52 ans

Dans les antécédents : 2 interventions dont une pour occlusion du grêle : gastrectomie type Finsterer pré-colique, occlusion du grêle.

Intervention le 19.2.68 en urgence pour occlusion du grêle

Nombreuses adhérences libérées

Découverte d'une zone rétrécie:entéroplastie

Childs par 2 points en U de tergal 4

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit : gaz le 3è jour, selles le 4è jour

Transit du grêle 17 jours après le Childs : anses bien ordonnées
transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 110

Madame RIG... 37 ans

Antécédents 2 interventions sur la sphère génitale

Intervention le 19.2.68 pour subocclusion fébrile persistante

Péritonite par champ opératoire laissé en place

Resection de 40 cm de grêle

Childs par 3 points en U de tergal

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 4è jour

4 mois après le Childs : aucun trouble

Transit du grêle 3 semaines après le Childs : anses bien ordonnées
transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 111

Monsieur MAN... 22 ans

Antécédents: à l'âge de 3 mois : invagination opérée par médiane

Intervention le 22 Mars 68 en urgence pour occlusion du grêle

Volvulus du jéjunum

Nombreuses adhérences iléales

Childs par 2 points en U de nylon 3

Suites opératoires sans complication

Reprise du transit au 3è jour

Revu 1 an après le Childs : aucun trouble

Transit du grêle 3 mois après le Childs : orientation difficile à juger
Transit de durée normale sans stase, ni dilatation.

OBSERVATION 112

Monsieur MOH... 31 ans

Antécédent: gastrectomie type Finsterer trans-mésocolique
Intervention le 10.4.68 en urgence pour syndrome péritonéo-occlusif
Toute la cavité est remplie de pus fétide
Aucune cause évidente
Appendicectomie : toilette péritonéale
Childs par 2 points en U de nylon 4
Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 5^e jour
Revu 2 mois après le Childs : aucun trouble.

OBSERVATION 113

Monsieur GRA... 57 ans

Antécédent r appendicectomie
Intervention le 22.4.68 en urgence pour occlusion du grêle
Libération de très nombreuses adhérences du grêle
Resection de 60 cm d'iléon
Childs par 2 points en U de nylon 4
Dans les suites opératoires ; abcès de paroi
Reprise du transit : gaz 4^e jour, selles 5^e jour
Revu 4 mois après le Childs : quelques douleurs abdominales
Transit du grêle 3 mois après le Childs : anses bien ordonnées
Transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 114

Madame DEL... 48 ans

Antécédents : appendicectomie, hystérectomie totale
Intervention le 13.7.68 en urgence pour occlusion du grêle
Libération difficile du grêle
Childs par 3 points en U de nylon 3
Dans les suites opératoires : abcès de paroi
Reprise du transit au 4^e jour
Transit du grêle 19 jours après le Childs : anses bien ordonnées
transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 115

Madame TRI... 20 ans

Dans les antécédents : 21 interventions dont une pour occlusion du grêle : césarienne, occlusion par agglutination autour d'un utérus nécrosé (hystérectomie) dans les suites fistules du grêle, iléostomie.

Intervention le 17.7.68 pour rétablissement de la continuité
Libération de très nombreuses adhérences
Resection d'une anse et suture de plusieurs brèches
Childs par 2 points en U de soie n° 4
Reprise du transit au 4è jour
Puis fistules du grêle : irrigation: acide lactique. Guérison

OBSERVATION 116

Madame BEN... 27 ans

Antécédents : appendicectomie, hystérectomie subtotale avec conservation des annexes, exérèse d'un kyste de l'ovaire.

Intervention le 18.7.68 en urgence pour occlusion du grêle
Libération de très nombreuses adhérences
4 plaie suturée
Annexectomie pour kyste de l'ovaire gauche
Childs par 2 points en U de tergal 4

Dans les suites opératoires pneumothorax spontané
Reprise du transit au 5è jour

Transit du grêle 12 jours après le Childs : anses bien ordonnées
transit de durée normale sans stase ni dilatation.

OBSERVATION 117

Monsieur FER... 61 ans

Antécédents : appendicectomie; colectomie sigmoïdienne pour cancer avec coecostomie

Intervention le 20.7.58 en urgence pour occlusion du grêle
Libération laborieuse du grêle
Une petite plaie vasculaire : hémostase
Suture d'une petite plaie
Childs

Suites opératoires sans complication
Reprise du transit au 5è jour

Transit du grêle 24 jours après le Childs : bonne disposition des anses, ni stase, ni dilatation, mais transit ralenti (coecum atteint à la 9è heure).

Avant d'essayer d'interpréter ces 117 observations de fixation mésentérique selon le procédé de CHILDS et PHILLIPS, dans lesquelles nous comprenons 5 fixations selon la technique simplifiée décrite par MAC CARTHY (observations 36, 42, 65, 67 et 76) il faut éliminer 10 dossiers de malades décédés dans les suites immédiates de l'intervention, mais dont la mort, sans aucun rapport avec la technique utilisée, est secondaire :

soit à l'évolution d'une affection associée :

obs. 32 : septicémie à staphylocoques
décès par endocardite aiguë

obs. 94 : septicémie dont le point de départ était une spondylite,
compiquant une rectopexie au promontoire,

soit à des complications pouvant survenir au cours ou au décours de toute intervention chirurgicale :

obs 9 : pneumopathie aiguë chez une femme de 78 ans opérée en urgence

obs 31 : collapsus irréversible en fin d'intervention pratiquée en
urgence pour occlusion par cancer de l'angle gauche

obs 78 : décès secondaire à une fistule par lâchage d'une anastomose
iléo-transverse refaite en même temps que le Childs au cours
d'une occlusion intestinale aiguë

obs 80 : décès brutal au 3^e jour chez une femme de 71 ans opérée en
urgence : embolie pulmonaire vraisemblable (mais non vérifiée)

obs 84 : accident cérébral en fin d'intervention pratiquée en urgence
chez un malade ayant des antécédents vasculaires

obs 89 : complications infectieuses au 11^e jour après une intervention
en urgence (pas de vérification).

- obs 90 : persistance d'une suppuration intrapéritonéale, ayant déjà nécessité deux interventions, après une colectomie totale
- obs 97 : décès brutal au 6^e jour après intervention en urgence pour iléus biliaire chez une femme de 84 ans : embolie pulmonaire massive (vérifiée).

Les résultats de cette fixation mésentérique seront donc étudiés sur une série de 107 dossiers.

Dans tous les cas, sauf un (obs 76 : Childs systématique après colectomie totale pour cancer de la partie gauche du transverse envahissant largement le méso-colon), la décision de la fixation mésentérique a été prise en raison de l'état local des anses grêles et du mésentère après des libérations, souvent longues et laborieuses de l'intestin grêle, qu'il s'agisse de péritonite aiguë ou chronique, ou qu'il s'agisse de malades ayant déjà subi plusieurs interventions abdominales.

Dans presque la moitié des cas (51 sur 108) le Childs a été pratiqué à la fin d'une intervention faite en urgence pour une occlusion aiguë de l'intestin grêle, dans 16 cas les malades ont été opérés dans le but de fixer l'intestin grêle pour des crises de subocclusions itératives après une ou plusieurs interventions chirurgicales, dans 30 cas c'est au cours d'un autre acte opératoire que le grêle, libéré au début et présentant des risques importants d'agglutination en désordre et de brides anarchiques, a été fixé en bonne position. Enfin 10 fois, c'est au cours de réintervention pour iléus persistant ou subocclusion fébrile post-opératoire qu'a été prise la décision de la mésentérico-fixation. Ainsi quelles que soient les circonstances, dans tous les cas, les antécédents et surtout l'état des parois intestinales, dépéritonisées et cruentées, ont fait prendre aux opérateurs la décision d'un acte destiné à prévenir une occlusion ultérieure qui leur paraissait pratiquement inéluctable.

Les résultats de ces fixations mésentériques, toutes faites dans des conditions telles qu'il paraissait dangereux de se contenter d'une réinté-

gration même soigneuse des anses grêles dans la cavité péritonéale, peuvent, avec un recul allant de 7 ans à 6 mois, être classés en deux grandes catégories :

- satisfaisants, lorsque l'intervention n'a donné lieu à aucune complication et que le malade n'a pas refait d'occlusion intestinale,

- mauvais, lorsque sont survenues des complications graves mettant en jeu le pronostic vital ou nécessitant une nouvelle intervention ou lorsque le Childs n'a pas évité la survenue d'une nouvelle occlusion de l'intestin grêle.

LES RESULTATS SATISFAISANTS

Ils représentent un pourcentage de 77,5 % des cas (83 sur 107)
Nous utilisons ce qualificatif modéré de "satisfaisant" car parmi ces 83 interventions un relativement petit nombre : 39 (soit un pourcentage de 37,3 % par rapport à l'ensemble) n'ont donné lieu à aucun incident post-opératoire immédiat ou secondaire.

En effet, nous avons vu au décours de ces interventions trois types d'incidents :

- des suppurations de paroi,
- des retards assez importants à la reprise du transit,
- des douleurs résiduelles enfin.

a) Les suppurations pariétales

Elles ne représentent pas une complication grave mais ont prolongé le séjour hospitalier des malades chez 17 d'entre eux (15,7 %). Ces infections de paroi ne peuvent pas être considérées comme un incident de la technique mais leur relative fréquence s'explique par les circonstances mêmes qui ont fait décider de l'entéro-fixation :

- . malades plusieurs fois opérés d'une part,
- . infection intra-péritonéale d'autre part.

Elles n'ont présenté de particularités que dans deux cas :

- Obs 40 : Childs au cours d'une colectomie gauche pour colite.

La suppuration semble avoir été la cause d'une désunion pariétale. La fixation mésentérique a maintenu la masse du grêle à l'intérieur du péritoine, sans éviscération, ce qui a permis de surseoir à une réintervention immédiate.

- Obs 47 : Childs au cours du drainage d'une importante suppuration intra-péritonéale par abcédation d'adénopathies mésentériques inférieures. Un an plus tard : suppuration pariétale peristante nécessitant l'ablation des fils de paroi. Adhérence du grêle très serrée à la sclérose cicatricielle qui tient lieu de plan aponévrotique. L'ablation des fils crée une fistule du grêle: fermeture partielle de la fistule. Dans les trois jours suivants : fermeture spontanée de la fistule : guérison.

b) Le retard à la reprise du transit

La date de la reprise du transit a pu être précisée dans 90 observations. Dans un peu plus de la moitié des cas (47/90) la reprise du transit s'est effectuée au 4^e jour après l'opération. Dans quelques cas seulement (16/90) la reprise du transit était complète dès le 3^e jour, mais dans un certain nombre de cas (27/90) c'est avec un retard plus ou moins important qu'est réapparu le péristaltisme intestinal et l'émission des premiers gaz :

- 15 fois le 5^e jour après l'opération,
- 4 fois le 6^e jour,
- 1 fois le 7^e jour,
- 2 fois le 10^e jour,

enfin dans 5 cas, l'émission des premiers gaz est survenue dans un délai subnormal mais les premières selles ont été émises beaucoup plus tardivement, tandis que persistait un météorisme abdominal important :

- obs 8 : gaz le 4^e jour, puis arrêt du transit jusqu'au 10^e jour,
- obs 19 : gaz le 6^e jour, selles le 10^e jour,
- obs 34 : gaz le 4^e jour, selles le 11^e jour,

- obs 37 : gaz le 5^e jour, selles le 15^e jour,
- obs 52 : gaz le 5^e jour, selles le 7^e jour.

Cette persistance de l'iléus post-opératoire au-delà des délais normaux observée dans près d'un tiers des cas, soulève deux ordres de problèmes : celui de son mécanisme, celui de ses conséquences éventuelles.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de relation manifeste entre les difficultés et la durée de la libération des anses grêles et le retard à la reprise du transit. Le mécanisme de cet incident n'apparaît pas évident et il est difficile de faire la part qui revient à l'état des parois intestinales, à la disposition des anses, aux répercussions de la transfixion du mésentère sur les éléments nerveux qu'il contient enfin.

Quant aux conséquences éventuelles de ce retard, outre le fait qu'il constitue un inconvénient pour l'opéré car d'une part il s'accompagne souvent de nausées et de douleurs abdominales, d'autre part il oblige à la poursuite de la réanimation endo-veineuse avec les risques qu'elle comporte, nous essaierons de les déterminer ultérieurement.

c) Les douleurs résiduelles

Si les douleurs immédiates post-opératoires sont fréquentes d'un mécanisme sûrement particulier car soulagées par la position en chien-de-fusil, les douleurs résiduelles représentent l'incident majeur de l'intervention de Childs et Phillips ; apparaissant dans les jours qui suivent l'intervention, on les retrouve 25 fois, soit dans 23 % des observations.

Dans 4 cas, ces douleurs ont été accompagnées de nausées et de météorisme abdominal revêtant l'aspect de véritables crises de subocclusions itératives qui ont, à elles seules, réimposé l'intervention dans 2 cas, et qui, dans 2 autres cas, ont été suivies d'une autre complication.

Dans les 21 autres observations, ces douleurs résiduelles revêtent des caractères variables dans leur siège, leur intensité et leur persistance.

Leur siège est le plus souvent hypogastrique, diffus dans l'ensemble de la partie sous-ombilicale de l'abdomen, beaucoup plus rarement ces douleurs sont localisées et, dans ce cas, pratiquement toujours dans la fosse iliaque droite; dans quelques cas les malades accusaient des douleurs lombaires.

Leur intensité, difficile à faire préciser est variable d'un malade à l'autre mais également variable chez le même malade. Le plus souvent, elles sont d'intensité moyenne mais peuvent dans certains cas revêtir le caractère de véritables coliques abdominales constituant alors une gêne importante pour le malade.

Leur horaire est cependant assez caractéristique : ce sont des douleurs post-prandiales tardives (3 à 4 heures après les repas) et, elles semblent bien alors être contemporaines de l'arrivée du bol alimentaire dans l'intestin grêle. Dans un cas, les crises douloureuses étaient sans rapport avec les repas mais apparaissaient dès que la malade était debout et disparaissaient en décubitus dorsal. Ce caractère particulier a fait évoquer un mécanisme de traction de la masse intestinale sur le mésentère, mécanisme qui semble avoir été confirmé par le soulagement ressenti par la malade lors que la masse intestinale était maintenue par une gaine assez serrée.

Si dans certains cas ces douleurs peuvent diminuer d'intensité voir même disparaître complètement dans les mois qui suivent la fixation mésentérique, il semble que chez d'autres malades elles doivent être définitives puisque 7 d'entre eux s'en plaignaient toujours un an après, 2 deux ans après, et 1 quatre ans après.

Le mécanisme et la signification de ces douleurs abdominales après l'intervention de Childs et Phillips sont difficiles à préciser. Si dans certains cas, que nous reverrons, elles viennent traduire une complication ou un échec de la fixation intestinale, dans les autres cas, leur interprétation est très difficile chez ces malades, en règle, de nombreuses fois opérés.

Cependant, chez 14 de ces 21 malades, on a pratiqué dans les mois suivant l'intervention un transit du grêle de contrôle et,

- si 5 fois (obs 2, 27, 43, 61 et 113) celui-ci n'apporte aucune explication : "les anses grêles sont harmonieusement disposées, la durée du transit est normale, on ne retrouve ni stase ni dilatation"
- dans 3 autres cas (obs 24, 50 et 64) il montre que les anses n'ont pas cette disposition régulière; ce qui peut s'expliquer par le fait que la fixation est mésentérique et non pas entérale mais qui peut aussi faire craindre sans les affirmer des adhérences en mauvaise position.
- dans 4 cas, le transit a pu mettre en évidence des images de stase dans les dernières anses avec une évacuation tardive de l'intestin grêle (obs 7 : 8 heures, obs 18 : 9 heures, obs 52 : 10 heures, obs 55 : 6 heures, mais avec une dilatation notable des dernières anses iléales).

Enfin, 2 cas sont particuliers :

- obs 1 : bonne disposition des anses mais signes radiologiques d'entérite importante
- obs 29 : on ne peut préciser la disposition des anses; en 1 heure 30, la baryte atteint la dernière anse et y stagne pendant 8 heures.

Il existe en outre : "une strangulation au niveau d'une anse dont on ne peut préciser le siège,

un plissement différent du normal
une hypersécrétion."

Ainsi dans 6 cas de douleurs résiduelles, l'examen radiographique du grêle, sans préciser le mécanisme exact de ces douleurs a pu mettre en évidence des anomalies du transit ou de l'aspect des anses intestinales.

LES COMPLICATIONS ET ECHECS DE LA FIXATION DE CHILDS ET PHILLIPS

Si, dans la majorité des cas, ces incidents, persistance de l'iléus post-opératoire au-delà des délais normaux et douleurs résiduelles, surviennent isolément, ne présentant alors aucune gravité, dans d'autres cas ils peuvent faire craindre soit une complication, soit un échec du Childs.

Sur cette étude de 107 dossiers, nous avons en effet 18 cas, soit 16,8 % de complications graves d'occlusions récidivantes de l'intestin grêle. Ces complications peuvent revêtir plusieurs aspects :

- abcès le long des fils,
- migration des fils trans-mésentériques,
- fistules digestives surtout.

En fait elles sont le plus souvent associées soit entre elles, soit à une récurrence occlusive.

LES RECIDIVES OCCLUSIVES

L'étude des occlusions aiguës de l'intestin grêle après fixation mésentérique fait apparaître trois grands groupes très différents :

- les occlusions indépendantes du Childs,
- les occlusions par échec du Childs,
- les occlusions malgré le Childs.

Les occlusions indépendantes du Childs :

Elles font d'emblée souligner un fait important : une occlusion demeure toujours possible après un Childs, mais cela ne traduit pas obligatoirement un échec de la méthode. En effet dans trois observations la récurrence occlusive serait survenue de toute façon :

- observation n° 2

Dans les antécédents : 8 interventions dont 4 pour occlusion. Malade opérée en urgence pour occlusion au mois de mai 1961. Libération du grêle qui entraîne trois plaies imposant une courte résection. Découverte d'un cancer du sigmoïde qui fait pratiquer une sigmoïdectomie. Childs : 6 anses fixées par 4 points en U de nylon n° 2. Les suites opératoires sont bonnes mais secondairement réapparaissent des douleurs abdominales avec nausées et météorisme.

15 mois plus tard, la malade est réopérée pour une récurrence néoplasique qui conduit à l'exérèse du col utérin restant, du rectum et du trigone vésical. A cette occasion on peut vérifier le Childs, les anses grêles sont régulièrement disposées et adhérentes entre elles.

En Septembre 1964 : nouvelle occlusion du grêle qui impose l'intervention "les anses sont correctement rangées, adhérentes à la paroi. Entérotomie de vidange. L'occlusion est due à l'envahissement néoplasique des dernières anses dans le pelvis.

Iléo-transversostomie et anus sous-angulocolique gauche."

- Observation n° 8

Dans les antécédents : 5 intervention dont 3 pour occlusion. Malade opérée pour subocclusions itératives en juin 1962 : adhérences nombreuses. Découverte d'une brèche mésentérique dans laquelle s'engagent des anses, libération et suture de la brèche. Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Les suites opératoires sont marquées d'un incident: émission des premiers

gaz au 4^e jour, puis iléus persistant jusqu'au 10^e jour.

Dans les mois suivant plusieurs épisodes occlusifs cèdent au traitement médical, mais obligent à réintervenir au mois d'octobre.

L'ordonnance du grêle est parfaitement maintenue et fixée. L'agent de l'occlusion est constitué par une bride épiploïque qui adhère au sigmoïde et le coude. Epiploectomie.

La malade revue 6 mois après ne se plaint d'aucun trouble digestif.

- Observation n° 70

Au cours de l'intervention, le 20 septembre 1966 pour cure d'une fistule gastrique après dégastro-gastrectomie, fixation mésentérique par 3 points en U de Trinyl 2. La reprise du transit s'effectue au 5^e jour, tandis que se tarit rapidement un petit écoulement de liquide gastrique. Le 10 octobre 1966, soit 20 jours après : nouvelle occlusion accompagnée d'un syndrome infectieux. La persistance de l'occlusion oblige à réintervenir par médiane : les anses sont distendues mais accolées les unes aux autres en bon ordre et on peut les libérer parfaitement de la paroi. Découverte d'un important abcès du Douglas. Il s'agissait en fait d'une occlusion inflammatoire sans obstacle mécanique. Cependant au mois de novembre 1967, ce malade était réhospitalisé pour une nouvelle occlusion, avec nombreux niveaux liquides. Le traitement médical l'a fait céder en quelques jours. Ainsi l'histoire de ce malade de 42 ans n'est peut-être pas terminée.

Dans ces trois observations, aucun moyen n'aurait pu éviter la survenue de l'occlusion. Cela prouve bien qu'une occlusion demeure toujours possible après un Childs et que l'on ne doit pas tenir compte de la fixation mésentériques dans les antécédents chirurgicaux du malade pour ne pas réintervenir.

Ces trois cas ne peuvent en aucun cas être inscrits au passif de l'intervention de Childs et Phillips et c'est la raison pour laquelle ils ont été éliminés des 18 mauvais résultats.

Les occlusions par échec du Childs

Malheureusement il est des cas où une nouvelle occlusion intestinale vient témoigner d'un échec de la fixation mésentérique :

- Observation n° 5 :

Homme âgé de 52 ans.

Intervention en urgence le 4 décembre 1961 pour péritonite par plaie du grêle (coup de couteau) vue tardivement.

Suture de deux plaies du grêle. Toilette péritonéale. Les 2/3 du grêle sont recouverts de fausses membranes épaisses. L'aspect de la cavité péritonéale fait pratiquer un Childs par 3 points en U de nylon. Les suites opératoires sont normales, en dehors d'une suppuration pariétale.

Le 5/7/62 (soit 7 mois après) :

réintervention pour éventration et troubles du transit. Les anses sont en bon ordre, mais la première moitié du grêle est distendue. A mi-hauteur du grêle on constate un engagement partiel de celui-ci entre 2 points en U. Cela paraît dû au fait que les points en U ont déjà coupé 1 ou 2 feuillets mésentériques à chaque extrémité et se sont relâchés à la partie moyenne. Enfin un des points en U qui passe trop près de l'intestin a commencé à pénétrer dans le bord mésentérique de celui-ci. On le dégage et on suture le grêle à ce niveau. Entérotomie de vidange. On reprend chacun des trois points en U et on les resserre.

En dehors de la région d'engagement les feuillets mésentériques sont très correctement accolés entre eux.

Dans ce cas, il n'y a pas eu d'occlusion aiguë, mais au cours de l'intervention la dilatation de la première moitié de l'intestin traduisait une occlusion chronique et a fait découvrir l'obstacle.

La migration des points en U à travers les feuillets mésentériques a détendu les boucles permettant ainsi un engagement partiel du grêle : véritable hernie interne à travers un orifice fabriqué par la transfixion du mésentère.

- Observation n° 7 :

Femme de 48 ans ayant déjà subi 4 interventions dont deux pour occlusion.

Le 29 Mai 1962 : constitution d'un anus iliaque gauche, premier temps de la cure d'une fistule recto-vaginale. Au cours de cette intervention, libération laborieuse du grêle, constitution d'un Childs par 3 points en U de nylon.

Le 23 Juin 1962 : deuxième temps par voie basse de la cure de la fistule.

Le 6 Juillet 1962 (soit 5 semaines après le Childs) : nouvelle occlusion qui nécessite une intervention. L'obstacle est constitué, malgré la disposition régulière des anses, par des adhérences extrêmement serrées à la paroi antérieure.

Leur libération permet la reprise du transit, mais dans les mois qui suivent se répètent des épisodes de subocclusion qui vont imposer une nouvelle intervention le 30/12/63.

Adhérences très importantes du grêle à la paroi antérieure, libération difficile. Les cornets du Childs paraissent très longs et sont disposés régulièrement sauf dans la partie terminale qui a un trajet complexe, inextricable et constitue vraisemblablement la cause de la subocclusion chronique. Libération de 80 cm. d'iléon; les adhérences ont créé des ébauches de sténose. On dispose le grêle en deux cornets en fixant le mésentère par quelques points séparés.

Chez cette malade, la migration des fils à travers les derniers feuillets mésentériques libère les 80 derniers centimètres d'iléon qui ont pu ainsi s'agglomérer en mauvaise position et constituer un nouvel obstacle.

- Observation n° 20 :

Femme de 34 ans opérée en urgence au mois de Juin 65 pour un très volumineux abcès de paroi secondaire à deux interventions abdominales. En fait, il s'agit d'un abcès en bouton de chemise avec une grosse poche intrapéritonéale. Libération du grêle et Childs par 4 points en U de nylon 2. Les suites opératoires sont simples, hormis un abcès de paroi. En Janvier 1967, soit 18 mois après : nouvelle occlusion.

A l'intervention, on palpe dans le mésentère une masse dure de la grosseur d'une mandarine. C'est un abcès autour duquel existe une mésentérite rétractile qui coude et étrangle le grêle. Deux autres abcès identiques sont retrouvés plus haut. On est amené à libérer la totalité du grêle en excisant les fils mésentériques.

On refait ensuite un Childs par 3 points en U de nylon 3.

Les suites opératoires sont simples.

C'est donc ici une suppuration persistante autour des fils de fixation qui a entraîné des phénomènes d'inflammation chronique, aboutissant à la création d'un obstacle par coudure du grêle attiré par la rétraction de son méso.

- Observation n° 95 :

Femme de 46 ans ayant subi en novembre 1966 une cure de prolapsus génital par voies haute et basse.

En décembre 1966 : occlusion du grêle par agglutination d'anses.

Libération de l'intestin.

Childs au catgut.

En septembre 1967 : récurrence occlusive.

Trois anses sont intimement liées à la paroi antérieure; leur libération est difficile. Au niveau des premières anses jéjunales, on retrouve une striction par un véritable anneau fibreux.

Il existe une fistule entre deux anses jéjunales qui impose une résection de 30 cm.

Au niveau de l'iléon, agglutination des anses dans le plus parfait désordre
Libération de la totalité du grêle.

Childs au catgut chromé.

Les suites opératoires sont marquées d'un incident : reprise du transit très tardive : 8è jour.

La malade revue un an plus tard ne se plaint d'aucun trouble digestif.

Dans cette observation s'associent deux complications qui s'opposent et ne permettent pas de retrouver une explication commune :

- D'abord une inefficacité totale du Childs puisque les adhérences au niveau de l'iléon se sont constituées "dans le plus parfait désordre", cause de la récurrence occlusive. Il semble donc que le catgut se soit résorbé trop rapidement libérant de toute fixation les dernières anses iléales et leur permettant ainsi d'aller s'agglutiner dans le petit bassin ;

- ensuite une migration des fils responsables d'une fistule entéro-entérale ayant nécessité une résection. Fistule que nous verrons plus loin pouvoir rattacher très probablement à une pénétration progressive du matériel de fixation dans les parois intestinales.

- Observation n° 104 :

Femme de 68 ans, traitée par Childs, en décembre 1966, à la troisième occlusion après hystérectomie.

Le 30 Mai 1967 : nouvelle occlusion du grêle.

L'obstacle est constitué par un volvulus sur bride des dernières anses iléales. L'intestin a échappé à la fixation, non pas parce que les noeuds des fils non résorbables retrouvés lors de l'intervention se sont défaits mais parce que ces fils se sont rompus.

Libération de la totalité de l'intestin.

Childs par 3 points en U de nylon n° 3.

Les suites opératoires ne sont marquées d'aucun incident.

Dans ce cas, l'échec du Childs est secondaire à la rupture des fils de fixation pourtant gros fils non résorbables. Cette observation pose un problème : celui du temps nécessaire à la constitution d'adhérences en bonne position. Il est peu probable que la rupture des fils se soit faite très rapidement, il faut donc penser que la solidité des adhérences entre les anses et surtout les feuillets mésentériques est insuffisante pour maintenir ces dernières en cas de rupture des fils.

Au total, dans ces 5 observations, la récurrence occlusive est secondaire à un échec de la fixation mésentérique : dans un cas son mécanisme apparaît indirect (obs n° 20) mais cependant lié à une complication du Childs puisque l'obstacle est constitué par une coudure et un étranglement d'une anse secondaire à une importante mésentérite rétractile autour d'un abcès développé le long des fils.

Dans un cas (obs n° 104) l'échec est secondaire à la rupture des fils de fixation et le volvulus sur brides des dernières anses iléales s'est produit comme s'il n'y avait pas eu de Childs.

Dans trois cas enfin (obs n° 5, 7 et 95) dans des délais respectifs de 7 mois, 19 mois et 9 mois, l'échec est secondaire à la migration des fils, résorbables ou non, à travers l'épaisseur des feuillets mésentériques. Une portion de l'intestin grêle ainsi libérée de la fixation se comporte dès lors comme s'il n'y avait jamais eu de Childs et la récurrence occlusive se fait par agglutination de ces anses. Ces 5 occlusions sont donc à inscrire au passif de la méthode, comme échec de la fixation mésentérique de Childs et Phillips.

Les occlusions non évitées par le Childs

Dans certains cas la récurrence occlusive est survenue non par échec de la fixation mais malgré elle. Contrairement aux occlusions indépendantes du Childs ce sont des cas où l'on aurait pu espérer que la confection de la fixation mésentérique empêcherait la survenue de ce nouvel accident :

- Observation n° 24 :

Femme de 26 ans. Opérée 8 fois dont 6 pour occlusion.

Le 5 Mai 1966 : intervention pour subocclusion à répétition.

Libération laborieuse du grêle, nombreuses adhérences, brides et coutures. Childs par 3 points en U de catgut chromé 2. Dans les suites : abcès de paroi.

Le 29 Mai 1966 : Nouvelle occlusion opérée en province (le compte-rendu n'a pu être obtenu).

L'année suivante : plusieurs épisodes subocclusifs.

Au mois de Mars 1967 : occlusion qui impose l'intervention.

Adhérences serrées du grêle à la paroi antérieure qui constituent l'obstacle car on constate la parfaite ordonnance du Childs. Seule la première anse est un peu trop mobile, on la refixe par son méso.

C'est après cette intervention que l'on découvre une toxicomanie (entretenu par la famille).

Dans ce cas, le traitement médical aurait peut-être pu faire céder cet accident occlusif surtout chez cette femme toxicomane, mais l'intervention, a cependant découvert des adhérences extrêmement serrées à la paroi antérieure qui constituaient un véritable obstacle au transit digestif.

- Observation n° 55 :

Femme âgée de 46 ans, opérée 10 fois dont 6 pour occlusion.

Le 23 Février 1965 : intervention pour troubles digestifs avec épisodes de subocclusion répétés.

Libération longue et laborieuse du grêle.

Fixation selon Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Le transit reprend le 2^e jour, puis réapparition d'un iléus ne cédant pas à la réanimation qui impose une réintervention le 6 Mars 1965 (11 jours après le Childs).

Les anses sont bien ordonnées, de coloration normale, mais il existe un obstacle au niveau de la terminaison de l'iléon dont on ne peut préciser la nature. En raison du mauvais état général de la malade : confection d'une anastomose iléo-sigmoïdienne qui sera supprimée en mars 1966 par une incision iliaque gauche, en raison de la diarrhée qu'elle entraîne. A cette date le grêle apparaît à l'opérateur "comme rétracté sur lui-même", mais ce fait n'empêchera pas la reprise normale du transit.

Dans cette occlusion post-opératoire secondaire, bien que la nature exacte de l'agent occlusif reste imprécise, le Childs n'a pu empêcher la constitution d'un obstacle au niveau de la terminaison du grêle.

- Observation n° 105 :

Homme de 25 ans, opéré en décembre 1966 pour un syndrome douloureux abdominal : pancréatite aiguë.

En janvier 1967 : intervention en urgence pour syndrome péritonéo-occlusif : découverte d'un volumineux abcès sous-phrénique gauche. Le pancréas

est dur, mais peu inflammatoire. Il existe des adhérences et des brides extrêmement nombreuses dans tout l'étage sous-mésocolique.

Libération longue et laborieuse du grêle.

Childs par trois points en U de tergal n° 2.

Les suites opératoires sont simples.

En juin 1967 et mai 1968 : nouvelles poussées de pancréatite aigüe, traitées médicalement.

Au mois de juin 1968 (soit 17 mois après le Childs) : occlusion haute du grêle. Nouvelle intervention : La première anse jéjunale, non prise dans le Childs est véritablement incluse dans la paroi antérieure, ce qui constitue la cause de l'occlusion. Sa libération provoque une plaie du grêle qui est suturée immédiatement. L'ensemble du grêle est fixé en bonne position.

Contrôle de la voie biliaire : pas d'anomalie. Splanchnicectomie droite. Aucun incident post-opératoire.

Dans ces trois observations il apparaît évident que la récurrence occlusive ne peut être imputée directement au Childs ni à un échec de la fixation. Mais celle-ci n'a cependant pas empêché une nouvelle occlusion. Dans un cas (obs n° 55), l'obstacle dont la nature exacte n'a pu être précisée, siégeait au niveau de l'iléon terminal. Le fait qu'il s'agissait d'un iléus post-opératoire persistant, et que le circuit normal a pu être rétabli un an plus tard sans incident, permet de penser qu'il s'agissait de lésions purement inflammatoires. Dans les deux autres cas, auxquels on peut ajouter la première récurrence occlusive de l'observation n° 7, le mécanisme est bien particulier : adhérences extrêmement serrées d'une partie des anses intestinales à la paroi antérieure. Ce mécanisme n'est pas imputable, chez ces malades polyopérés, au Childs, cependant on peut se demander si le groupement des anses dans la partie moyenne de l'abdomen d'une part, la diminution relative de leur mobilité d'autre part, n'augmentent pas les chances de voir survenir de telles symphyses entéro-pariétales.

LES FISTULES DIGESTIVES

Par la longueur de leur traitement, par leur retentissement sur l'état général, par la nouvelle intervention qu'elles imposent en règle, les fistules digestives après Childs constituent une autre complication le plus souvent redoutable. Nous en retrouvons 8 sur cette série de 107 Childs.

- Observation n° 36 :

Femme de 77 ans. Le 19 Mars 1968 intervention en urgence pour une occlusion après une appendicectomie dont la malade ne peut préciser la date. Au cours du traitement de cette occlusion sur bride est pratiquée une entérotonomie de vidange. Après une reprise du transit dans des délais normaux : nouvelle occlusion ne cédant pas à la réanimation.

Le 29 mars 1968, réintervention :

Libération longue du grêle,

On ouvre à nouveau l'entérotonomie que l'on suture après vidange intestinale. Fixation mésentérique par le procédé de Mac Carthy.

Au 8è jour apparaît une fistule du grêle, rapidement responsable d'un état de dénutrition qui interdit tout acte chirurgical. Cette fistule est traitée dans le service du Dr. Trémolières par un pontage. L'amélioration de l'état général permettra la cure chirurgicale de la fistule au mois d'août 1968.

Il existe une symphyse complète des anses grêles entre elles. On ne retrouve pas les fils de la fixation mésentérique.

Résection du grêle enlevant la fistule constituée par un lâchage de l'entérotonomie.

Les suites opératoires sont simples, mais la malade est restée hospitalisée pendant 5 mois.

- Observation n° 39 :

Homme de 38 ans, déjà opéré 4 fois, a qui l'on fait un Childs au cours du drainage d'un abcès sous-phrénique gauche :

Childs par 3 points en U de catgut chromé n° 2. Les suites sont marquées par deux faits :

- une reprise tardive du transit au 8è jour,
- l'apparition d'une petite fistule du grêle qui heureusement dans ce cas se ferme en quelques jours.

- Observation n° 51 :

Malade âgée de 45 ans. Le 27 août 1964 intervention en urgence pour un volvulus du sigmoïde.

Au cours de celle-ci, libération de très nombreuses adhérences consécutives aux deux interventions antérieures.

Entérotomie de vidange.

Childs par trois points en U de nylon.

La reprise du transit se fait dans des délais normaux (gaz le 3è jour, selles le 5è jour) mais en même temps apparaît une fistule du grêle par la partie inférieure de la médiane.

La malade est réopérée immédiatement le 2 septembre 1964.

Les anses sont bien rangées, non dilatées.

Lâchage de l'entérotomie.

L'existence du Childs rend impossible la résection du grêle. Suture de la fistule en deux plans et fixation à l'anse adjacente par une couronne de points séparés.

L'évolution se fait ensuite sans complication, mais cette malade a dû subir une deuxième intervention 6 jours après la première.

- Observation n° 59 :

Homme de 41 ans. En septembre 1965, gastrectomie type Péan pour ulcère; au 10è jour : occlusion sur bride qui fait pratiquer une résection du grêle et un Childs. Très rapidement s'extériorise une fistule du grêle. Un traitement chirurgical est aussitôt entrepris par la résection de l'anse porteuse de la fistule.

Trois jours après : éviscération et, dans la perte de substance pariétale

issue de liquide intestinal par deux orifices visibles dans la désunion pariétale.

Le malade est alors traité dans le service du Dr Trémolières jusqu'au 1er mars 1966, date à laquelle son état général permet enfin la cure chirurgicale de ces fistules, en fait au nombre de trois.

Les anses sont très bien disposées. Les fils du Childs sont enrobés de fibrine. Pour réparer les 3 fistules on ne défera pas le Childs : excision des bords et suture des deux orifices extrêmes, courte résection intestinale emportant la fistule moyenne. Il faut noter que l'on est en plus obligé de réparer une fistule entéro-entérale entre l'anse porteuse d'une des fistules extrêmes et l'anse sous-jacente. Les suites de cette intervention sont normales et le malade guérit.

Mais cet homme de 41 ans est resté hospitalisé 5 mois et a dû être réopéré. L'intervention a permis de découvrir une autre complication sous forme d'une fistule interne entre deux anses adjacentes.

- Observation n° 107 :

Garçon de 16 ans dont l'histoire est la suivante :

Le 18/12/1967 appendicectomie.

Le 25/12/1967 occlusion fébrile par hémopéritoine infecté. Les suites sont marquées par une septicémie à colibacilles.

Le 18/1/1968 drainage d'un abcès sous-phrénique gauche.

Le 19/1/1968 drainage d'un abcès sous-phrénique droit.

Début Janvier 1968, subocclusion fébrile qui conduit à l'intervention le 2 février 1968.

Grande médiane à cheval sur l'ombilic.

Libération de très nombreuses adhérences qui limitent une multitude d'abcès Toilette péritonéale.

Childs par 2 points en U de nylon 4.

La reprise du transit s'effectue au 3è jour mais au 15è jour issue de liquide intestinal par la médiane et par deux orifices de drainage.

La guérison sera obtenue après 6 semaines d'irrigation continue (4 fistules irriguées simultanément) à l'acide lactique selon la technique du Dr. Trémolières. L'immobilité, indispensable au cours de ce traitement, a engendré

des escharres qui ont retardé la sortie du malade.

Revu 6 mois plus tard : la guérison est complète et sans séquelle.

Les fistules du grêle, dans ce cas, n'ont pas nécessité d'intervention secondaire, mais ont imposé une longue hospitalisation (plus de deux mois), une immobilisation prolongée au lit, elle-même source de complications.

- Observation n° 108 :

Homme de 58 ans, opéré le 23 Janvier 1968 pour exérèse d'une volumineuse tumeur du mésentère.

Les suites opératoires sont d'abord simples, puis apparaît un syndrome associant de la fièvre et des troubles du transit, mais la décision de réintervenir n'est prise que le 10 février 1968.

Il existe un épanchement intra-péritonéal, de nombreuses adhérences du grêle dont la libération sera difficile. Enfin, on découvre une petite fistule du 3^e duodénum. Fermeture de celle-ci et duodéno-jéjunostomie trans-mésocolique pour court-circuiter la fistule du 3^e duodénum. Childs par 2 points en U de fils non résorbables.

Dès le deuxième jour : issue de liquide intestinal par les orifices de drainage. L'abondance de ces fistules conduit à une nouvelle intervention le 16/2/1968.

Le grêle est maintenu en bonne position.

L'origine de l'écoulement du liquide intestinal est double : il existe en effet une fistule, au niveau de l'anastomose duodéno-jéjunale, une autre au niveau du cul-de-sac jéjunal.

On obtient l'oblitération de ces deux orifices par des adossements sérieux. Les jours suivants persiste une petite fuite digestive, mais beaucoup moins importante. L'irrigation continue à l'acide lactique la tarit en 3 semaines.

Ici la désunion des sutures digestives a nécessité une deuxième intervention précoce (6 jours). Celle-ci n'a fait qu'améliorer la situation et la guérison n'a été obtenue qu'après deux semaines d'irrigation continue à l'acide lactique.

- Observation n° 115 :

Jeune femme de 20 ans dont l'histoire commence 1 mois après une césarienne.

Le 3 mai 1968 : occlusion par agglutination des dernières anses grêles sur un utérus nécrotique.

Hystérectomie totale.

Libération de la partie terminale de l'iléon. Dès le lendemain de l'intervention s'extériorisent deux fistules du grêle : l'une par la médiane, l'autre par le vagin.

Le 22 mai 1968 : confection d'une iléostomie en amont des fistules.

Celle-ci entraîne rapidement une importante altération de l'état général malgré les soins diététiques. Il est donc indispensable de rétablir la continuité.

Le 17 juillet 1968 : rétablissement de la continuité digestive. Libération de la totalité du grêle ; résection de plusieurs centimètres enlevant les zones de fistules et fermetures de 7 brèches intestinales. Childs par 2 points en U de soie n° 4.

Le transit reprend le 4^e jour après l'intervention mais les deux fistules par la médiane et par le vagin se reconstituent rapidement. Celles-ci guériront après plusieurs semaines d'irrigation continue par l'acide lactique.

Dans ce cas encore, cette complication a contribué à entraîner une sévère altération de l'état général et a obligé à une longue hospitalisation (plus de 5 mois en tout).

Au total, aucune de ces 7 fistules digestives après Childs ne semble être due à une lésion traumatique directe lors de la confection du Childs ou à un effet de section des parois intestinales par les fils de fixation.

Il est donc extrêmement difficile d'imputer à la technique de la fixation mésentérique l'apparition de ces fistules digestives et il ne s'agit peut-être que de simples coïncidences. En effet, dans 5 cas sur 7, en même temps que le Childs avaient été pratiquées des sutures digestives (en par-

ticulier 2 entérotomies de vidange). En outre il apparaît certain que l'on puisse faire une plaie minime de l'intestin qui passera inaperçue au cours de ces libérations longues et laborieuses du grêle. Cependant, on peut se demander si la distension de l'intestin grêle, secondaire à l'iléus post-opératoire dont la durée est souvent augmentée après la fixation mésentérique, ne joue pas un rôle favorisant dans l'apparition de ces fistules digestives.

Trois exemples de complications associées :

Ces complications, récurrence d'occlusion du grêle et fistule digestive, peuvent s'associer comme vont le montrer les 3 observations suivantes :

- Observations n° 67 :

Femme de 46 ans.

Dans ses antécédents :

En 1942 : salpingectomie bilatérale.

En 1945 : cholecystectomie.

En Juin 1965 : colectomie subtotalle pour colite ulcéreuse et nécrotique, iléostomie et abouchement du sigmoïde à l'extrémité inférieure de la médiane.

Le 2 juin 1966 : rétablissement de la continuité par anastomose iléo-rectale. De très nombreuses adhérences sont libérées et l'on termine par une fixation type Mc Carthy par 3 gros catguts.

Le transit reprend le 4e jour, mais le 18 juin, soit 16 jours après, apparition brutale d'un syndrome abdominal aigu avec collapsus qui impose une intervention d'urgence :

Adhérences intimes du grêle à la paroi antérieure. Hémopéritoine par section d'une artère jéjunale qui saigne en jet au niveau de la pénétration d'un des fils dans le mésentère. Il s'est développé une cavité hématique se prolongeant dans les feuillets mésentériques par un véritable tunnel nécrotique. Quelques jours après cette intervention : extériorisation d'une fistule jéjunale haute dont la guérison sera obtenue par irrigation continue à l'acide lactique.

Deux mois après : syndrome d'occlusion intestinale qui cède rapidement sans traitement médical.

En octobre 1967 (4 mois après le Childs) : nouvel. épisode de subocclusion et réouverture de deux fistules du grêle, l'une dans la région ombilicale, l'autre à la partie inférieure de la médiane.

Après 3 mois d'irrigation à l'acide lactique, intervention le 16/1/1968 pour cure chirurgicale des fistules : incision dans la fosse iliaque droite. Sur la ligne médiane, il existe un barrage adhérentiel très serré avec une véritable inclusion de l'intestin dans la paroi au niveau de la médiane. La cavité pelvienne est comblée par un bloc adhérentiel. Libération de la partie terminale du grêle. Le bloc adhérentiel sus-pubien est constitué par plusieurs trajets fistuleux situés à une quinzaine de centimètres de l'anastomose iléo-rectale. Entre eux et l'anastomose le segment d'anse est rétracté et pelotonné dans une fossette à bord rigide, entre l'utérus et la vessie; ce qui constitue un obstacle au transit.

Libération et fermeture de la fistule haute.

Iléostomie en amont des fistules.

En août 1968 : l'état de cette malade était très satisfaisant.

Dans cette observation on voit donc s'associer :

1°) la migration des fils, même résorbables, et le danger traumatique qu'elle représente : ici section d'une artère jéjunale.

2°) Une fistule digestive dont la guérison a pu être obtenue par le traitement médical. Cette fistule paraît bien secondaire à l'accident vasculaire qui a conduit à la ligature d'une artère jéjunale.

3°) Une récurrence occlusive par enserrement de la terminaison du grêle dans le pelvis, juste au-dessus d'une anastomose iléo-rectale, type d'occlusion qui ne peut empêcher le Childs.

- Observation n° 73

Homme de 24 ans.

Au début de l'année 1958 : résection du grêle pour diverticule de Meckel.

En août 1958 : occlusion du grêle par adhérences. Dans les suites : fistule du grêle, traitée immédiatement par résection du grêle et anastomose iléo-coecale.

En juin 1967 : hémicolectomie droite - au cours de celle-ci, libération du grêle et Childs.

Le 5 juillet 1967 : nouvelle occlusion dont le traitement médical n'entraîne pas la guérison, imposant ainsi un nouvel acte chirurgical.

L'obstacle occlusif est constitué par des adhérences extrêmement serrées entre la masse intestinale et la paroi antérieure.

La libération du grêle provoque une plaie au niveau des dernières anses, qui sera à l'origine d'une fistule du grêle.

Le malade est hospitalisé dans le service du Dr Trémolières. Au cours du traitement de la fistule intestinale, le malade fait plusieurs crises de colique hépatique qui vont faire mettre en évidence une lithiase vésiculaire.

Le 8 décembre 1967 nouvelle intervention pour traitement de la lithiase vésiculaire et de la fistule du grêle :

cholécystectomie d'une part,

résection du grêle emmenant la fistule d'autre part.

On constate que les anses sont agglutinées en bonne position, les unes aux autres, par l'ancien Childs, mais on découvre aussi une sorte de diverticule du grêle, lié à un granulome inflammatoire, peut-être perforé dans une anse adjacente, centré par un des gros fils de nylon du Childs que l'on enlève.

Les suites sont normales sauf un abcès de paroi.

L'histoire de ce malade montre l'association :

1°) d'une récurrence occlusive très précoce, l'obstacle étant là encore constitué par des adhérences entre l'intestin et la paroi antérieure.

2°) D'une fistule du grêle qui nécessitera 5 mois de réanimation pour que le malade soit un état de subir une reprise chirurgicale.

3°) d'une complication liée à la présence des gros nylons du Childs sous la forme d'un diverticule, constituant une véritable fistule entéro-entérale.

- Observation n° 74

Femme de 63 ans.

Dans les antécédents :

en 1935 : césarienne

en 1945 : gastrectomie type Finsterer pour ulcère

en 1949 : deux interventions pour occlusion.

Le 8 juillet 1967 : occlusion - Intervention en urgence.

Libération difficile de la totalité du grêle.

Childs par 2 points en U de nylon 3.

Le 13 août 1967 soit un peu plus d'un mois après le Childs : récurrence d'occlusion.

A l'intervention, on constate une disposition harmonieuse des anses et on découvre l'obstacle sous forme d'adhérences extrêmement serrées du grêle avec la paroi antérieure.

Dans les suites s'extériorisent trois fistules du grêle et la malade est transférée dans le service du Dr Trémolières.

Pendant les 5 mois de réanimation se surajoutent d'autres complications :

- escharres sacrées volumineux,
- phlébite des deux membres inférieurs et des crises de colique hépatique qui font découvrir une lithiase vésiculaire.

Le 23 janvier 1968 : réintervention pour traitement de la lithiase biliaire et des fistules du grêle.

Seront pratiquées : une cholécystectomie
une résection du grêle.

Au cours de celles-ci découverte d'autres complications : "en libérant un bloc adhérentiel où sont agglomérées plusieurs anses grêles adhérant intimement à la lèvre droite de l'incision pariétale, on ouvre un volumineux abcès intra-péritonéal".

Par ailleurs les 2 fils de nylon qui ont servi à établir le Childs semblent en certains points approcher dangereusement la paroi du grêle. Au niveau des noeuds et en certains points de leur trajet existaient des micro-abcès

si bien que l'on préfère retirer les fils". On ne refera pas de Childs. Les suites opératoires sont simples et la malade ne se plaint d'aucun trouble 6 mois après .

Dans cette dernière observation, on voit donc s'associer ;

1°) une récurrence occlusive, une fois encore secondaire aux adhérences unissant le grêle et la paroi antérieure.

2°) Des fistules du grêle qui vont nécessiter 5 mois d'hospitalisation, une réanimation complexe elle-même source de complications particulières.

3°) Une complication infectieuse le long des fils transmésentériques puisqu'un volumineux abcès a été ouvert lors de la dernière intervention et qu'il existait plusieurs petits abcès le long des fils.

4°) Enfin une migration des fils non résorbables puisqu'ils apparaissent à l'opérateur "en certains points, approcher dangereusement les parois du grêle" et que ce dernier juge plus prudent de les retirer.

Au total, dans cette série de 107 fixations mésentériques de Childs et Phillips, ont été observées

- 10 fistules du grêle soit 9,3 %;
- 11 récurrences occlusives soit 10 %.

En ce qui concerne les fistules digestives, il est certain que les conditions mêmes qui conduisent à pratiquer la fixation mésentérique, les gestes chirurgicaux associés (entérotomie de vidange, suture digestive par exemple) ont une grande part de responsabilité et qu'un certain nombre d'entre elles surviendraient sans Childs ; cependant il n'est pas impossible que leur survenue soit favorisée par l'augmentation de la durée de l'iléus post-opératoire souvent observé au décours de cette intervention.

En ce qui concerne les récurrences occlusives : il importe d'opposer deux ordres de faits :

- d'une part les cas, où malgré un résultat anatomique parfait, le Childs n'a pu empêcher leur survenue. Nous en retrouvons 6 exemples parmi lesquels 4 fois il s'agit de symphyses entéro-pariétales.

- d'autre part les cas où la récurrence occlusive est secondaire à un échec de la méthode par résorption trop rapide du catgut, rupture de fils non résorbables, migration des fils de fixation à travers les feuillets mésentériques. Nous en retrouvons 5 exemples, soit un pourcentage voisin de 5 %.

LA MORTALITE DU CHILDS

Il est souvent très difficile, surtout après une intervention chirurgicale, de déterminer la cause exacte de la mort d'un malade décédé au décours de l'opération et il est toujours extrêmement délicat d'affirmer que les gestes chirurgicaux pratiqués sont seuls responsables du décès. Cependant, nous pensons que dans les 4 observations (ce qui représenterait une mortalité de 3,75 ‰) que nous allons maintenant relater, le décès peut être imputé soit directement à la technique utilisée, soit à une de ses complications.

- Observation n° 12 :

Femme de 39 ans, déjà opérée 3 fois, dont une pour occlusion.

Le 6 mai 1963 : intervention en urgence pour occlusion :

Libération de la totalité du grêle qui ouvre un abcès. Suture d'une plaie du grêle.

Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Le transit reprend le 5^e jour, mais le 29 mai 1963, 23 jours après le Childs, la malade décède brutalement dans un tableau de collapsus avec melaena.

A l'autopsie, on découvre une nécrose totale de tout le territoire de l'artère mésentérique supérieure.

A un examen histologique du grêle prélevé au niveau de la suture, on a la surprise de trouver un aspect de tumeur carcinomateuse anaplasique ou de localisation d'une leucose.

Il est regrettable que la nature exacte de l'obstacle vasculaire responsable de cet infarctus massif n'ait pas été précisée, mais il est difficile d'admettre qu'il n'y ait aucun rapport entre cet accident et le passage des fils à travers le mésentère.

- Observation n° 17 :

Homme de 45 ans.

A la suite de plusieurs interventions nécessaires au traitement d'un cancer du 1/3 moyen de l'oesophage, intervention en urgence pour occlusion le 12 octobre 1964.

Libération difficile du grêle.

Childs par 2 points en U de nylon 2.

Le transit reprend le 6^e jour, puis survient une fistule oesophagienne qui fait réutiliser la jéjunostomie pratiquée lors d'un temps opératoire précédent.

Le 2 novembre 1964, soit 3 semaines après le Childs, décès dans un tableau d'infection et de défaillance circulatoire.

A l'autopsie, on découvre un infarctus total des deux premières anses grêles, nécrosées et perforées.

Chez ce malade en mauvais état du fait du cancer initial et de la fistule oesophagienne, le diagnostic de cette complication mortelle n'a pu être posé.

- Observation n° 79 :

Homme de 67 ans.

Le 7 décembre 1962 : occlusion par volvulus du coecum sur une bride de mésentèrite rétractile.

Le 14 janvier 1963 : occlusion.

Deux anses incarcerated dans la paroi sont libérées.

Il existe en outre de nombreuses adhérences et brides sur toute la totalité du grêle.

Appendicectomie.

Le 16 février 1963 : syndrome péritonéo-occlusif avec pneumopéritoine.

Intervention en urgence :

Enorme abcès à germes anaérobies au sein d'anses intestinales agglutinées.

Libération de la totalité du grêle.

Childs : points en U de nylon 2.

Le 20 février 1963 : éviscération.

La paroi est refermée au nylon n° 4 sur des bourdonnets à distance.

Au mois de septembre 1967 : récédive occlusive qui impose une intervention le 20 novembre 1967.

Libération du grêle qui adhère à la peau. Il est impossible de dire qu'il y a eu un Childs précédemment. L'occlusion est due à une agglomération des dernières anses iléales.

En libérant le grêle, on découvre un diverticule jéjunal s'enfonçant dans le mésentère pour aboutir à une autre anse. Ce diverticule contient des débris de fils du Childs. 3 brèches dans le grêle, sont suturées. On refait un Childs par deux anses de catgut chromé.

Dans les suites : nombreuses fistules du grêle et éviscération.

Le malade décède au bout de plusieurs semaines dans un tableau de suppuration profonde, accompagnée d'hémorragies au niveau des fistules.

Une première complication, récédive occlusive, par agglutination des dernières anses libérées de la fixation a conduit ce malade à une nouvelle intervention. Celle-ci fait découvrir en outre une fistule jéjuno-jéjunale le long d'un fil.

La confection d'un deuxième Childs est suivie de nouvelles complications : fistules du grêle, responsables de la mort de cet homme de 67 ans.

- Observation n° 99 :

Homme de 60 ans.

En 1957 : appendicectomie.

Le 27 décembre 1967 : colectomie segmentaire pour sigmoïdite : Hartmann.

Le transit reprend le 5^e jour, puis survient une occlusion dont la persistance impose l'intervention le 15 janvier 1968.

L'occlusion est due à une agglutination d'anses dans le petit bassin.

La libération du grêle est longue et laborieuse.

Childs par 2 points en U de catgut chromé n° 2.

La reprise du transit est longue : premiers gaz le 6^e jour surtout elle n'est que transitoire et le 8^e jour le malade est de nouveau en occlusion.

Le 24 janvier 1968 (le 9^e jour après le Childs) : décès brutal.

A l'autopsie : embolie pulmonaire, mais on peut aussi constater que le grêle adhère lâchement sur toute l'étendue de sa face antérieure à la paroi et surtout qu'un des fils de catgut constituant le Childs est dilacéré et rompu. La partie terminale du grêle, ainsi libérée est retombée dans le petit bassin; elle est le siège d'agglutination et de lésions expliquant la récurrence de l'occlusion.

La mort de ce malade n'est certes pas directement imputable à l'intervention de Childs, nous classons cependant cette observation dans ce chapitre car il semble justifié d'admettre que l'échec du Childs et la survenue d'une nouvelle occlusion au 9^e jour ne sont pas entièrement étrangers à l'apparition de l'embolie pulmonaire mortelle.

En conclusion, dans ces 4 décès après intervention de Childs, il semble que la technique ne soit directement responsable que dans deux cas (accidents vasculaires secondaires au passage des fils à travers le mésentère). Mais dans les deux autres cas, on ne peut cependant dégager entièrement la responsabilité de cette méthode puisque la mort apparaît bien être la conséquence d'une complication favorisée par les incidents ou échecs du Childs.

Avant de tirer des conclusions de l'étude de ces 107 fixations mésentériques selon Childs et Phillips quant aux indications et précautions à prendre tant pendant qu'après l'intervention, il nous reste encore à étudier :

- les renseignements fournis par l'étude radiologique de l'intestin grêle ainsi fixé ;
- les résultats anatomiques de telles fixations, dans les cas qui ont pu être contrôlés lors d'interventions ultérieures ;
- surtout les rapports, s'ils existent, entre la survenue d'incidents ou de complications et les conditions dans lesquelles ont été réalisés les Childs.

ETUDE RADIOLOGIQUE DE L'INTESTIN GRELE APRES CHILDS

En étudiant les douleurs résiduelles après Childs, nous avons déjà analysé les résultats de 14 examens radiologiques de l'intestin grêle, faits dans les semaines ou les mois après la fixation mésentérique. En effet, nous avons fait faire des transits du grêle de façon systématique, chez 38 de nos malades.

Les résultats de ces examens peuvent être séparés en 3 groupes :

- Groupe 1 :

La disposition des anses est régulière et harmonieuse. La durée du transit s'effectue dans des délais normaux. On ne peut mettre en évidence ni anse dilatée, ni image de stase.

Cet aspect est retrouvé chez 20 malades. Cinq d'entre eux se plaignent de douleurs résiduelles, les 15 autres ne présentent aucun trouble digestif.

- Groupe 2 :

La durée du transit s'effectue dans des délais normaux.

On ne retrouve ni stase, ni dilatation, mais il est impossible de juger la disposition des anses sur tout ou partie de l'intestin grêle. Par rapport à ce que l'on voit dans la majorité des cas, il s'agit donc d'une anomalie de disposition.

Nous avons rencontré cet aspect dans 3 cas de douleurs résiduelles mais aussi chez 4 malades ne se plaignant d'aucune douleur abdominale (obs. 36, 48, 100 et 111).

- Groupe 3 :

La disposition des anses est plus ou moins régulière, mais il existe une anomalie de la durée du transit intestinal.

Dans 7 cas le transit est ralenti de façon importante et la baryte stagne de 7 à 10 heures dans les dernières anses iléales.

Cette stase ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel chez 3 malades, tandis que les 4 autres se plaignent de douleurs abdominales. Dans un cas, l'anomalie réside au contraire dans une accélération du transit et au bout de 2 heures, le grêle est entièrement évacué. Dans un cas enfin, s'associent accélération du transit et stase dans les dernières anses (obs. n° 29 étudiée dans les douleurs résiduelles).

Enfin, deux malades ont subi, à plusieurs mois d'intervalle, des contrôles radiographiques :

- Observation n° 7 :

5 semaines après le Childs, le transit du grêle ne montre aucune anomalie. 6 mois plus tard, devant la persistance des douleurs, un deuxième examen met en évidence des signes importants d'entérite.

- Observation n° 105

4 et 12 mois après le Childs, le transit du grêle montre une disposition harmonieuse des anses sauf dans la partie terminale. Puis un troisième examen fait 4 mois après le précédent, montre une fragmentation importante de la baryte. Celle-ci empêche de juger la disposition des anses et s'accompagne aussi de signes radiologiques d'entérite.

Devant ces deux exemples de modification secondaire de l'aspect du transit du grêle, nous avons classé les résultats précédemment exposés en fonction de la date de l'examen par rapport à l'intervention :

Temps entre le Childs et l'examen radiographique	Nombre de cas	Nombre de résultats du groupe I	Nombre de résultats des groupes II et III
moins d'un mois	11	6	5
entre 1 et 3 mois	15	10	5
entre 3 et 6 mois	5	2	3
entre 6 mois et 1 an	4	2	2
plus d'un an	1	0	1

Tableau 1

En conclusion, les renseignements que nous avons pu obtenir de ces 38 examens radiologiques de l'intestin grêle après fixation mésentérique de Childs sont minimes. Les anomalies rencontrées chez les malades se plaignant de douleurs résiduelles ne sont ni univoques ni spécifiques. Si l'étude des résultats du tableau précédent montre un nombre d'anomalies plus important sur les examens faits au-delà du 6^e mois que sur ceux faits avant cette date, on ne peut pourtant pas conclure à une relation de cause à effet.

Mais il faut souligner deux faits :

- d'abord beaucoup de malades ayant fait des complications n'ont pas subi de transit du grêle.
- ensuite deux malades seulement ont subi un contrôle précoce, puis un autre tardif.

Il n'est pas impossible que la pratique systématique de cet examen d'une part et que sa répétition éventuelle chez un même malade d'autre part permettent de mieux comprendre le mécanisme des douleurs résiduelles ou de reconnaître, avant leur traduction clinique, les possibles complications.

RESULTATS ANATOMIQUES DU CHILDS

Lors de l'étude des complications du Childs, nous avons vu 20 cas, où a pu être contrôlé le devenir de la fixation mésentérique : 19 fois à l'occasion d'une intervention secondaire pour occlusion ou fistule du grêle, 1 fois lors d'une autopsie. Dans 9 autres cas, les malades ont, pour une raison différente, subi une intervention au cours de laquelle l'opérateur a pu préciser l'état du grêle et du mésentère.

- Observation n° 11 : Childs fait au cours d'une occlusion fébrile (nombreux abcès) survenue 15 jours après la confection d'un anus iliaque gauche pour sigmoïdite.

4 mois plus tard : résection sigmoïdienne : le grêle est bien rangé, largement adhérent à lui-même.

- Observation n° 21 : en octobre 1965 colectomie gauche pour rectocolite ulcéreuse, en novembre 1965 colectomie transversale et droite, iléostomie terminale - Childs par 5 points en U de nylon. En janvier 1968 soit deux ans plus tard : ablation du moignon rectal et cure d'éventration - le grêle est disposé régulièrement, bien fixé par des adhérences.

- Observation n° 38 : antécédent de péritonite tuberculeuse traitée médicalement.

Le 18 avril 1968 : gastrectomie sub-totale type Polya pré-colique.

Childs par 3 points en U de fils non résorbables.

Le 24 avril 1968 soit au 6è jour : réintervention pour fistule gastrique : l'état des tissus interdit toute recoupe. On décide d'oblitérer l'orifice de la petite courbure par une apposition de séreuse. On est obligé de défaire un point du Childs pour mobiliser aisément la deuxième anse jéjunale. Ce démontage partiel du Childs laisse persister un rangement correct du reste du grêle - jéjunostomie.

- Observation n° 40 :

Le 9 mai 1968 : laparotomie exploratrice pour colite gauche.

Le 6 juin 1968 : colectomie gauche (Hartmann) - Childs par 3 points en U de catgut chromé 2.

Dans les suites : désunion de la médiane sans éviscération.

Le 18 juin 1968 : reprise de la paroi.

Le 8 octobre 1968 soit 4 mois après le Childs : réimplantation colorectale. Très bons résultats du Childs.

- Observation n° 53 :

En septembre 1964 : péritonite appendiculaire.

Dans les suites : éviscération reprise immédiatement.

En novembre 1964 : occlusion du grêle.

Childs par 3 points en U de lin n° 2.

En février 1967 soit 26 mois plus tard : intervention pour kyste de l'ovaire : aucune adhérence pariétale, le petit bassin est entièrement libre. Aucune adhérence des anses entre elles, ni des feuilletts mésentériques entre eux, cependant bien ordonnés. On voit les fils du Childs qui sont enrobés d'une sorte de fibrine.

- Observation n° 63 :

En février 1966 : Childs par 3 points en U de Trinyl n° 3 au cours du traitement d'une deuxième occlusion secondaire à deux interventions sur l'uretère droit.

En juin 1966 soit 3 mois après : urétéroplastie droite (Boary) :
adhérences nombreuses et serrées entre les anses grêles dont on ne peut
vérifier la disposition.

- Observation n° 65 :

En mars 1966 : fixation mésentérique au catgut selon le procédé de Mac
Carthy, lors du traitement d'une deuxième occlusion après appendicectomie
et salpingectomie.

En Juin 1966, soit 3 mois plus tard : torsion d'un kyste de l'ovaire
droit : nombreuses adhérences avec granulation sur le mésentère et sur le
grêle (ce qui pourrait faire évoquer le diagnostic de péritonite tubercu-
leuse) Biopsie de quelques granulations : réaction type corps étranger
avec cellules inflammatoires et géantes .

- Observation n° 76 :

En octobre 1967 : colectomie totale pour cancer du colon transverse envahis-
sant largement le méso-colon. Fixation mésentérique systématique selon le
procédé de Mac Carthy au catgut chromé.

En septembre 1968 soit un an plus tard, récurrence tumorale englobant l'an-
gle duodéno-jéjunal.

Adhérences très hémorragiques avec la paroi antérieure - les anses sont
bien rangées. Le Childs ne gêne pas la confection d'une gastro-jéjunostomie
sur la première anse qui vient aisément au contact de la face antérieure de
l'estomac.

- Observation n° 90 :

Le 5 janvier 1967 : Childs au cours d'une occlusion compliquant au 18è
jour une colectomie totale pour polypose recto-colique.

Le 14 janvier 1967 soit 9 jours après : syndrome péritonéal - drainage d'un
volumineux abcès.

Le grêle est maintenu en bonne position.

Ainsi 28 fois, une nouvelle intervention, pratiquée au bout d'un temps variable et une fois une autopsie ont permis de contrôler l'état du grêle, du mésentère et des fils. Les constatations ainsi faites sont présentées dans le tableau ci-dessous :

N° de l'observation	Date du Childs	Date de la réintervention	Indication de la réintervention	Constatations opératoires
2	15.4.61	22.9.62	Récidive néoplasique.	Anses grêles régulièrement disposées et adhérentes.
		23.9.64	Occlusion par carcinose pelvienne	Même résultat
5	4.12.61	5.7.62	Cure d'éventration.	Migration des fils qui ont déjà coupé 1 à 2 feuillets mésentériques à chaque extrémité. Engagement partiel du grêle dans les U ainsi distendus. Pénétration d'un fil dans la paroi intestinale.
7	29.5.62	6.7.62	Occlusion du grêle.	Adhérences à la paroi antérieure. Bonne disposition des anses.
		30.12.63	Subocclusion itérative	Migration des fils à travers le mésentère: libération des 80 derniers centimètres d'iléon.
8	28.6.62	30.10.62	Subocclusion itérative	Couture du sigmoïde par le grand épiploon. L'ordonnance du grêle est parfaitement maintenue et fixée.
11	19.1.63	9.5.63	Suppression d'anus I.G.	Le grêle est bien rangé, largement adhérent à lui-même.
20	Juin 65	Janv. 67	Occlusion fébrile	Véritable mésentérite rétractile autour d'abcès intra-mésentériques.
21	30.11.65	9.1.68	Exérèse du moignon rectal après colectomie totale	Bon résultat du Childs.
24	5 mai 66	21.3.67	Occlusion	Adhérences à la paroi antérieure. Parfaite ordonnance du Childs.
36	29.3.68	août 68	Cure de fistule du grêle	Symphyse complète des anses en bonne position. On ne retrouve pas les fils du Childs.

N° de l'observation	Date du Childs	Date de la réintervention	Indication de la réintervention	Constatations opératoires
38	18.4.68	24.4.68	Fistule gastrique	On défait un point du Childs ceci laisse persister le rangement correct du grêle.
40	6.6.68	8.10.68	Rétablissement de la continuité colique	Le grêle est maintenu selon une bonne ordonnance.
51	28.8.64	29.9.64	Fistule digestive par lâchage d'entérotomie.	Anses bien rangées, non dilatées. L'existence du Childs rend impossible la résection du grêle. Suture de la fistule et accolement séreux.
53	21.11.64	7.2.67	Exérèse d'un kyste de l'ovaire.	Aucune adhérence pariétale. Aucune adhérence des anses entre elles qui sont bien rangées, ni des feuillets mésentériques entre eux. On voit les fils du Childs enrobés d'une sorte de fibrine.
55	23.1.65	6.3.65	Occlusion	Les anses sont bien ordonnées de coloration normale. Mais obstacle à la terminaison du grêle.
		4.3.66	Suppression de l'anastomose iléo-sigmoïdienne	Iléosigmoïdostomie. L'intestin grêle semble rétracté sur lui-même.
59	sept.65	1.3.66	Cure de fistules du grêle.	Les anses sont très bien disposées. Les fils sont enrobés de fibrine. Cependant: une fistule entéro-entérale entre l'anse porteuse d'une des fistules externe et la sous-jacente.
63	8.2.66	Mai 66	Urétéroplastie droite (Boary)	Adhérences nombreuses et serrées entre les anses grêles donc on ne peut pas vérifier la disposition.
65	22.3.66	11.6.66	Torsion d'un kyste de l'ovaire.	Nombreuses adhérences avec granulations sur le mésentère et le grêle faisant évoquer le diagnostic de péritonite tuberculeuse.
67	2.6.66	18.6.66	Hémorragie interne	Migration d'un des fils de catgut, section d'une artère jéjunale qui saigne en jet.
		Oct.67	Suppression d'anastomoses iléo-rectales.	Bonne disposition des anses.

N° de l'observation	Date du Childs	Date de la réintervention	Indication de la réintervention	Constatations opératoires
70	20.9.66	10.10 66	Occlusion fébrile	Abcès du Douglas. Les anses sont distendues mais accolées les unes aux autres en bon ordre et on peut les libérer facilement de la paroi.
73	Juin 67	8.12.67	Cholecystectomie . Cure de fistule du grêle.	Les anses sont accolées en bonne position. Il existe une sorte de diverticule, lié à un granulome inflammatoire, centré par un gros fils du Childs, peut-être perforé dans le grêle.
74	8.7.67	23.1.68	Cholecystectomie Cure de fistule du grêle	Adhérences des anses en bonne position. Plusieurs abcès le long des fils qui semblent approcher dangereusement la paroi du grêle. On retire les 3 fils.
76	25.10.67	9.9.68	Récidive tumorale	Adhérences très hémorragiques à la paroi. Anses bien rangées.
79	16.2.63	20.2.63	Eviscération	Anses accolées en bonne position.
		20.11.67	Occlusion	Il est impossible de dire qu'il y a eu un Childs précédent. Agglomération dernières anses (agent de l'occlusion). Diverticule jéjunale contenant des débris de fils, s'enfonçant dans le mésentère pour aboutir à une autre anse.
90	5.1.67	14.1.67	Tableau de péritonite (après colectomie totale)	Le grêle est bien rangé, d'aspect normal.
95	Dec.66	Sept.67	Occlusion du grêle	Fistule jéuno-jéjunale. Au niveau de l'iléon, agglutination des anses dans le plus parfait désordre.
99	15.1.68	25.1.68	Autopsie	Dilacération et rupture d'un des catguts. La terminaison du grêle est agglutinée dans le petit bassin et présente des lésions expliquant la récidive occlusive.

N° de l'observation	Date du Childs	Date de la réintervention	Indication de la réintervention	Constatations opératoires
104	5.12.66	30.5.67	Occlusion du grêle	Volvulus des dernières anses libérées du Childs par rupture des fils (fils non résorbables).
105	11.1.67	Juin 68	Occlusion haute du grêle	Le grêle est fixé en bonne position (la première anse était prise dans la paroi).
108	10.2.68	16.2.68	Fistule duodénale	Le grêle est en bonne position fixé par des adhérences solides.

Les constatations de ces réinterventions peuvent donc être résumées ainsi :

- Bonne disposition des anses grêles maintenues par des adhérences serrées : 15 fois ;
- Accidents infectieux ou inflammatoires : 4 fois :
 - Obs 20 : véritable mésentérite rétractile autour d'abcès.
 - Obs 55 : le grêle semble véritablement rétracté sur lui-même.
 - Obs 65 : nombreuses granulations pouvant faire évoquer le diagnostic de péritonite tuberculeuse.
 - Obs 74 : plusieurs micro-abcès le long des fils.
- Agglutination des anses en mauvaise position après résorption trop rapide de catgut ou rupture de fils non résorbables : 3 fois :
 - Obs 95 : Childs au catgut : 10 mois plus tard, agglutination des anses iléales dans le plus parfait désordre.
 - Obs 99 : dilacération et rupture d'un des catguts. La terminaison du grêle est agglutinée dans le petit bassin.
 - Obs 100: Volvulus des dernières anses libérées après rupture des fils.
- Accidents de migration des fils : 10 fois, qui comprennent :

Migration à travers l'épaisseur des feuillets mésentériques : 3 cas :

Obs 5 : Boucles du Childs distendues

Obs 7 : Libération des 80 derniers centimètres d'iléon.

Obs 79 : Agglutination des dernières anses libérées du Childs.

Migration de la racine du mésentère vers le bord mésentérique : 7 cas :

Obs 5 : début de pénétration dans la paroi du grêle.

Obs 59 : fistule entéro-entérale.

Obs 67 : section d'une artère jéjunale.

Obs 73 : diverticule centré par un fil.

Obs 74 : les fils approchent dangereusement du grêle.

Obs 79 : diverticule jéjunal le long d'un fil s'enfonçant à travers le
mésentère et s'ouvrant dans une autre anse.

Obs 95 : fistule jéjuno-jéjunale.

Les fistules internes entéro-entérales sont considérées comme accident d'une migration des fils vers le bord mésentérique du grêle. Leur constitution semble en effet se faire en plusieurs temps : nous trouvons des exemples de chacun de ces temps :

- 1er temps : pénétration des fils dans la paroi intestinale.
- 2è temps : constitution d'une sorte de diverticule le long du fil du Childs.
- 3è temps : ouverture de ce diverticule dans une autre anse, constituant alors la fistule.

- Résultat paradoxal :

1 fois (observation n° 53):

Le grêle est maintenu en bonne position par les fils, mais il n'existe aucune adhérence ni entre les anses ni entre les feuillets mésentériques. Le Childs avait pourtant été décidé après un temps de libération difficile des dernières anses iléales, très adhérentes dans le petit bassin.

Ce chiffre élevé d'incidents découverts lors de réinterventions s'explique aisément par le fait que la grande majorité de celles-ci ont été pratiquées justement à l'occasion d'une complication du Childs. Cependant, le recul manque pour pouvoir affirmer que de tels incidents, surtout de migration, ne se constituent pas insidieusement chez les malades dont le Childs semble actuellement un parfait succès.

RECHERCHE DE RELATIONS ENTRE LES CONDITIONS DE REALISATION DU CHILDS ET SES INCIDENTS OU COMPLICATIONS

Il est certain que la rapidité d'exécution de la fixation mésentérique de Childs et Phillips a fait considérablement diminuer l'influence de l'âge et de l'état général des malades sur le pronostic immédiat de l'intervention.

En effet le temps nécessaire à sa réalisation est négligeable par rapport à la durée de la libération des anses intestinales (parfois plusieurs heures) des gestes associés nécessaires dans certains cas et souvent de la réparation pariétale chez ces poly-opérés. De même, la nature des interventions antérieures ne semble pas modifier les résultats immédiats ou lointains.

Ainsi peuvent avoir une influence, nous semble-t-il :

- 1) l'association à un autre acte chirurgical,
- 2) le nombre des interventions antérieures,
- 3) le fait que le mésentère ait été transfixié en milieu septique ou non,
- 4) le fait que l'intervention ait été ou non faite en urgence,
- 5) la nature du matériel de fixation : résorbable ou non.

- 1) L'association à un autre acte chirurgical.

Le problème de l'association à un autre acte chirurgical se pose d'emblée devant la découverte de deux fistules du grêle que les réinterventions ont permis de sûrement rattacher à un lâchage de l'entérotomie de vidange faite avant le Childs.

Sur le tableau suivant, nous présentons les suites opératoires observées en fonction de l'existence ou non de telles associations (nous avons exclu les sutures de plaies du grêle faites au moment de la libération).

RESULTATS EN FONCTION D'UNE ASSOCIATION A UN AUTRE
ACTE CHIRURGICAL

INTERVENTION	Nombre de cas	RESULTATS						Décès
		Aucun incident	Suppuration de paroi	Retard à la re- prise du transit	Douleurs résiduel- les	Récidives occlusives	Complications Fistules digestives	
Aucun acte chirurgi- cal associé	65	25	8	18	13	8	4	4
Ponction évacuatrice	4	1	0	2	2	0	0	0
Entérotomie de vidange	4	2	0	0	1	0	2	0
Acte chi- rurgical sur le grêle	11	3	2	2	4	0	2	0
Autres in- terventions	2	2	0	0	0	0	0	0
Acte terminé par une suture iléo-colique	6	1	2	1	2	2	2	0
Autres interventions* associées	15	5	5	4	3	1	0	0
TOTAL	107	39	17	27	25	11	10	4

* Sur le colon (12), l'estomac (1) et les voies biliaires (2).

De l'étude de ce tableau, nous pouvons conclure que l'association d'un autre acte chirurgical au Childs ne semble pas influencer la survenue des douleurs résiduelles, ni de récidives occlusives, et que le retard à la reprise du transit et les accidents septiques pariétaux semblent favorisés par un acte associé, surtout s'il s'agit de chirurgie colique, surtout en fait que le risque de fistules digestives est augmenté de façon importante lorsqu'il y a des sutures sur l'intestin grêle :

- entérotomie de vidange : 2 fistules sur 4
- résection du grêle : 2 fistules sur 11
- suture iléo-colique : 2 fistules sur 7.

2°) Le nombre des interventions antérieures :

Pour étudier les rapports éventuels entre les incidents ou complications du Childs et le nombre des interventions antérieures, nous avons, de façon arbitraire, calculé la moyenne de celles-ci chez les malades poly-opérés.

Nous avons ainsi 3 groupes :

- malades ayant eu un Childs soit lors d'une première intervention, soit lors d'une occlusion après une seule intervention ;
- malades ayant eu 2 ou 3 interventions antérieures;
- malades ayant subi plus de 3 interventions (parmi ceux-ci 3 malades ont subi 7 interventions, 3 en ont subi 8 et 2 avaient déjà été opérés 10 fois).

Les résultats sont consignés dans le tableau n° 3.

TABEAU N° 3 - - RESULTATS EN FONCTION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS
ANTERIEURES AU CHILDS -

Nombre d'interventions antérieures	Nombre de cas	RESULTATS						Décès
		Aucun incident	Suppuration de paroi	Retard à la reprise du transit	Douleurs résiduelles	Complications Récidives occlusives	Complications Fistules digestives	
Supérieur à 3	19	5	2	4	9	4	3	1
2 ou 3	54	23	5	14	12	4	5	3
Childs fait lors d'une première intervention ou lors d'une occlusion après une seule inter- vention	34	11	10	9	4	3	2	0
Total	107	39	17	27	25	11	10	4

On voit donc que le nombre d'interventions antérieures n'influe que sur un seul résultat :

les douleurs résiduelles : 9 sur 19.

On peut donc penser que ces douleurs résiduelles, surtout si elles ne présentant pas le caractère post-prandial tardif, ont dans certains cas leur origine dans des facteurs complètement indépendants de la fixation mésentérique.

(Le nombre des suppurations pariétales, paradoxalement élevé dans le troisième groupe s'explique par le fait que la décision du Childs d'emblée a souvent été prise au cours de péritonites aiguës).

3°) Septicité de la cavité péritonéale :

La grande majorité des Childs (89) ont été faits en milieu aseptique. Dans 19 cas la décision de la fixation a été prise au cours d'une intervention pour péritonite aiguë ou après une libération des anses dont les adhérences limitaient des cavités septiques.

Le tableau n° 4 compare les résultats obtenus dans l'une ou l'autre de ces conditions : il apparaît clairement que le risque de complications (récidives occlusives ou fistules digestives) est augmenté de façon très importante lorsque la fixation mésentérique est pratiquée en milieu septique.

Ce risque est doublé :

en effet en milieu aseptique le risque est de 1 sur 6 (15/89) il monte à 1/3 (6/19) en milieu septique.

TABEAU N° 4 - RESULTATS EN FONCTION DE L'ETAT SEPTIQUE
OU NON DE LA CAVITE PERITONEALE AU MOMENT
DU CHILDS -

Etat de la cavité péritonéale	Nombre de cas	RESULTATS						Décès
		Aucun incident	Suppuration de paroi	Retard à la reprise d. transit	Douleurs résiduelles	Complications Résidives occlusives digestives	Fistules	
Aseptique	88	35	13	24	23	7	8	3
Septique	19	4	4	3	2	4	2	1
Total	107	39	17	27	25	11	10	4

4°) Intervention en urgence ou "à froid"

Le tableau n° 5 compare les résultats du Childs suivant qu'il est constitué en urgence ou non. Dans l'ensemble les résultats sont superposables. Le nombre des suppurations pariétales apparaît plus important dans le groupe des Childs "à froid". Cela est lié au fait qu'il s'agit de malades déjà opérés de nombreuses fois et auxquels le Childs est proposé pour des sub-occlusions récidivantes; les incidents pariétaux dépendent alors de la mauvaise qualité de leur paroi.

Le seul résultat très influencé est celui du délai de la reprise du transit. La grande majorité des reprises tardives appartient en effet au groupe des Childs faits en urgence. Il semble que les perturbations de la motricité intestinale secondaires à la transfixion mésentérique soient d'autant plus prolongées que les anses étaient plus distendues au moment de l'intervention.

TABEAU N° 5 - RESULTATS DES CHILDS FAITS EN URGENCE
OU "A FROID"

Constitution du Childs	Nombre de cas	RESULTATS					Décès	
		Aucun incident	Suppuration de paroi	Retard à la reprise du transit	Douleurs résiduelles	Complications Récidives occlusives digestives		
en urgence	52	17	4	18	11	6	4	3
"à froid"	55	22	13	9	14	5	6	1
Total	107	39	17	27	25	11	10	4

5°) Le matériel utilisé :

Jusqu'à la publication dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie 1966, 92, 200-207, de Monsieur CALVET introduisant une modification à la technique originale par l'utilisation de catgut chromé, nous savons, même si cela n'a pas été précisé dans les dossiers, que le matériel utilisé était des fils non résorbables. A partir de cette date nous n'avons tenu compte pour la comparaison des résultats que des dossiers précisant la nature des fils de fixation. Ainsi, nous éliminons dans la comparaison présentée sur le dernier tableau (n° 6) 7 cas pour lesquels cette précision nous manque.

En ce qui concerne les complications, ce tableau n'apporte aucune preuve des avantages du catgut sur les fils non résorbables puisque, proportionnellement, leur nombre est presque plus élevé que celui des Childs constitués avec des fils non résorbables.

De même, l'étude des résultats anatomiques des Childs, nous avait déjà montré que les accidents (libération des anses, migration des fils le long du mésentère) étaient aussi nombreux avec le catgut qu'avec les autres fils.

Il semble ainsi établi que dans la confection des Childs dits "curatifs" par opposition aux fixations dites "prophylactiques", l'utilisation de fils résorbables (catgut simple ou chromé) ne présente aucun avantage particulier, en dehors de circonstances particulières sur lesquelles nous reviendrons en étudiant les indications de la fixation mésentérique.

TABEAU N° 6 - RESULTATS EN FONCTION DU MATERIEL
UTILISE POUR LA FIXATION

Matériel utilisé	Nombre de cas	RESULTATS						Décès
		Aucun incident	Suppuration de paroi	Retard à la reprise du transit	Douleurs résiduelles	Récidives occlusives	Complications Fistules digestives	
Non résorbable	81	31	11	21	22	8	7	3
Catgut	19	7	2	4	3	3	3	1
Total	100	38	13	25	25	11	10	4

De l'étude de ces 107 fixations méésentériques selon le procédé de Childs et Phillips dans un but curatif, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions d'une part sur la technique et les précautions à prendre tant pendant sa confection que pendant les premiers jours après l'intervention, d'autre part sur les indications de cette méthode.

- TECHNIQUES ET PRECAUTIONS : A PRENDRE

Les précisions que nous pouvons apporter quant à la technique même de la fixation méésentérique et surtout quant aux précautions à prendre à chaque temps de sa réalisation ont pour but, aussi bien sur le plan théorique que sur le plan pratique, d'essayer si possible de diminuer les risques d'accidents graves (récidives d'occlusion et fistules digestives).

- Sur le plan technique :

Nous allons essayer d'apporter une réponse aux principales questions que peut se poser le chirurgien quand la décision de faire une fixation méésentérique est prise :

- 1) Utilisation du procédé original de Childs et Phillips ou du procédé simplifié décrit par Mac Carthy,
- 2) question relative à la fixation des premiers et derniers centimètres d'intestin grêle,
- 3) longueur des plis intestinaux et par tant du nombre des boucles de fixation,
- 4) position, direction et serrage de ces boucles,
- 5) maintien des anses au cours de la transfixion du méésentère,
- 6) nature du matériel de la fixation.

1°) Dans notre série, le procédé simplifié décrit par Mac Carthy n'a été utilisé que 5 fois. Dans un cas est survenue une fistule du grêle par lâchage d'entérotomie, dans l'autre un accident de migration (section d'artère jéjunale) puis une récurrence d'occlusion suivie de fistule du grêle. Nous pensons que les avantages de cette méthode (diminution du nombre de passages à travers le mésentère et léger gain de temps) ne compensent pas ses inconvénients :

- constitution de cadres de fixation peu rigides et n'assurant en fait qu'un maintien très relatif des anses entre elles;

- augmentation, par ce mécanisme d'une part et par la diminution du nombre des éléments de fixation d'autre part, des forces de traction sur les fils.

Ce procédé, pour ces deux raisons, a toutes les chances de favoriser la rupture des fils s'il s'agit de catgut, la migration des fils s'il s'agit de matériel non résorbable. Ainsi le risque d'accidents graves nous semble augmenter par l'utilisation de cette technique et le procédé original de Childs et Phillips nous semble préférable.

2°) La question de la fixation totale ou partielle, problème longtemps débattu à propos du Noble, n'a plus aucune raison de se poser, car on ne voit pas quels pourraient être les avantages d'un Childs ne fixant qu'une portion de l'intestin grêle. Cependant, si la fixation doit intéresser la totalité de l'intestin, il est certain qu'il est préférable de laisser une certaine mobilité aux deux extrémités. Mais la longueur de l'intestin laissé ainsi relativement mobile, ne doit pas être excessive.

Au niveau de la première anse jéjunale, la fixation risque de trop fermer l'angle duodéno-jéjunal, d'autre part dans une de nos observations la première anse jéjunale non fixée était le siège d'un obstacle occlusif par adhérences très étroites avec la paroi antérieure. Il semble que ne pas fixer une longueur de 15 à 20 centimètres en aval de l'angle duodéno-jéjunal permette d'éviter des troubles du transit au niveau de cet angle. Cette courte portion sera en règle plus facilement et plus naturellement orientée de gauche à droite.

De même à l'autre extrémité et pour des raisons identiques au niveau de l'angle iléo-coecal, il semble préférable de laisser libres les derniers centimètres d'iléon. Mais c'est aussi à ce niveau que se créent le plus volontiers des brides et des adhérences et la portion mobile ne doit pas être trop longue. Une longueur de 20 à 30 centimètres semble largement suffisante.

3°) La longueur des plis de l'accordéon intestinal est importante à considérer car elle conditionne d'une part le nombre de points en U qui pourront être passés à travers le mésentère, d'autre part la disposition de la masse intestinale ainsi fixée dans la cavité péritonéale. Du point de vue purement mécanique, les forces de traction sur les fils et par tant le risque de rupture ou de migrations à travers les feuillets mésentériques seront d'autant plus faibles que le nombre des fils sera plus élevé. Les plis de l'accordéon intestinal doivent donc être assez longs pour permettre le passage d'un nombre suffisant de fils de fixation. Mais si la longueur des anses ainsi disposées dépasse la largeur de la cavité péritonéale, lors de leur réintégration et de la fermeture pariétale se constitueront des plissements qui ont un double inconvénient : d'abord ils déséquilibrent les efforts de traction qui ne seront plus régulièrement répartis sur chaque fil, ensuite ils mobilisent de façon imprévue et anarchique les différents plis de l'accordéon les uns par rapport aux autres. Ces deux mécanismes s'associent alors pour augmenter les risques de rupture et de migration des fils. Ainsi pour concilier la répartition des forces et la longueur maximum des plis, cette dernière doit être adaptée à la configuration de la cavité péritonéale, en moyenne des plis intestinaux de 25 à 35 centimètres s'adaptent bien aux dimensions de l'abdomen et permettent de répartir les forces de traction sur 3 points en U donc sur 6 fils. Pour les mêmes raisons d'adaptation à la configuration de l'étage sous-mésocolique de l'abdomen, plutôt que de disposer des plis de longueur égale, il semble préférable de confectionner une masse intestinale légèrement ovoïde, en augmentant progressivement la longueur des plis jusqu'à la partie moyenne de l'intestin puis en la diminuant de la même manière. Dans certains cas cela oblige à ne disposer que de deux points en U, soit 4 fils ce qui semble être encore suffisant, puisque de toute façon,

si la masse intestinale est bien adaptée à la cavité péritonéale, la pression exercée par les parois de cette cavité, contribueront de façon efficace au maintien de l'intestin grêle. Il semble cependant préférable de disposer un minimum de 3 points en U, ce qui est en général possible.

4°) Les questions directement relatives aux fils, en dehors de leur nature, sont au nombre de trois : position par rapport au bord mésentérique de l'intestin, direction des boucles, serrage de ces boucles.

Dans la description de leur méthode Childs et Phillips préconisaient le passage des fils à quelques millimètres (3 à 4) du bord mésentérique de l'intestin. Or le nombre d'accidents de migration vers l'intestin (pénétration des parois intestinales par les fils et fistules entéro-entérales) oblige logiquement à les éloigner le plus possible vers la racine du mésentère. Mais il est évident que la fixation sera absolument inefficace si elle se rapproche de la portion naturellement fixe du mésentère : au voisinage de la racine. Il apparaît ainsi que la meilleure position des fils par rapport à l'intestin se trouve être entre 3 et 5 centimètres au-dessous du bord mésentérique du grêle.

De même, dans la description initiale, les points en U sont passés dans un plan parallèle à celui de l'intestin, donc perpendiculaire à celui des vaisseaux droits. Même si les accidents ischémiques secondaires dus à une interruption du courant sanguin, peut-être plus souvent veineux qu'artériel, semblent exceptionnels, leur survenue, toujours possible, doit être évitée. Pour cela il paraît plus logique de passer les points en U parallèlement à la direction des vaisseaux donc perpendiculairement au plan de l'intestin, le fil supérieur étant à 3 cm du bord mésentérique l'inférieur sera passé environ 2 cm au-dessous soit à 5 cm du bord mésentérique. Cette direction a également un autre avantage : celui de permettre le passage d'un nombre plus grand de points en U sur une même longueur de pli intestinal (en règle 3 points perpendiculaires au plan de l'intestin au lieu de 2 points parallèles).

Quant au serrage des points en U, on sait qu'il doit être suffisant pour assurer une fixation efficace et, en même temps ne pas risquer de gêner la circulation sanguine dans l'épaisseur du mésentère. En pratique, nous utilisons la méthode suivante ; les points en U sont tendus et noués, sans être serrés, soit sur un doigt soit sur des morceaux de drain n° 30 placés de part et d'autre du mésentère.

5°) La manipulation des anses intestinales pendant la confection du Childs appelle un certain nombre de remarques. En effet, il est absolument indispensable d'éviter tout traumatisme sur les anses pendant la confection du Childs. Il y a donc un certain nombre de gestes à proscrire : repérage et maintien des extrémités des plis du grêle par des pinces même atraumatiques. Les pinces de Chapus sont extrêmement dangereuses, les petites pinces de Babcock, bien que lisses, nous paraissent tout de même à proscrire. De même, il ne faut pas marquer le sommet des plis par des fils de repère passés dans la paroi intestinale; ce procédé est très commode mais on ne peut jamais affirmer que ces points ne seront pas perforants, donc dangereux. On ne peut donc utiliser de procédé satisfaisant pour le repérage et la manipulation des anses - doivent ainsi être confiée à deux aides. Si cela n'est pas possible et qu'il soit indispensable pour la présentation correcte du mésentère, d'utiliser des repères, le meilleur moyen nous semble être le passage de fils en boucles non serrées, non pas à travers les parois intestinales, mais au niveau de l'angle du mésentère à une certaine distance de l'intestin.

6°) La dernière question, en même temps la plus importante, est celle de la nature du matériel qui doit assurer la fixation mésentérique : catgut chromé ou fils non résorbables. Il est certain que le catgut chromé n° 1 ou 2 présente un certain nombre d'avantages : il est solide et bien toléré, son diamètre est suffisamment grand pour ne pas couper, limitant ainsi le risque de migration; quant au temps nécessaire à sa résorption, on peut espérer qu'il sera assez long pour que s'organisent des adhérences solides, mais pas trop pour que n'apparaissent pas les accidents provoqués par la présence de tout corps étranger intra-péritonéal. En fait, nous avons vu

que le nombre des accidents graves étaient aussi nombreux avec le catgut qu'avec les fils non résorbables. En particulier, deux observations de ré-intervention nous ont prouvé que le catgut n'avait pas maintenu les anses suffisamment longtemps puisque celles-ci étaient agglutinées dans le plus parfait désordre. De plus, rien ne permet d'affirmer que l'importance et la solidité des adhérences unissant les anses entre elles et les feuillets mésentériques entre eux maintiendront la bonne ordonnance du grêle après la résorption du catgut. Pour toutes ces raisons, à condition de passer les fils à distance de l'intestin et de respecter, comme nous le reverrons, les indications du Childs, nous pensons qu'il faut maintenir l'utilisation des fils non résorbables comme l'ont proposé les créateurs de cette méthode.

PRECAUTIONS A PRENDRE AVANT, PENDANT et APRES LA CONFECTION DU CHILDS

Toujours pour essayer de limiter la survenue de complications graves, nous pensons utile de souligner un certain nombre de précautions à prendre avant et après la confection du Childs.

- Avant la fixation mésentérique :

Que l'intervention soit faite à froid dans le but de pratiquer un Childs ou qu'il s'agisse d'une occlusion opérée en urgence et au cours de laquelle on peut être conduit à décider une entéro-fixation, la prudence s'impose dès l'ouverture de la paroi. En effet, il est indispensable d'éviter une plaie accidentelle d'une anse accolée à la paroi antérieure qui imposerait une suture sur le grêle. De même, pendant tout le temps de libération des anses, il est important de respecter dans la mesure du possible le grand épiploon, d'éviter au maximum, non seulement les plaies du grêle, qui là encore nécessiteraient des sutures, mais aussi les effractions ou les pertes de substances au niveau de la musculuse. Il nous paraît également préférable de pratiquer immédiatement la suture d'une petite plaie ou l'enfouissement d'une zone où la muqueuse est à nue, car dans ces libérations souvent difficiles le nombre de ces incidents devient vite important et, c'est multiplier les risques d'oubli que de remettre à plus tard leur réparation.

Dans certains cas peut se poser le problème d'une résection du grêle. Certes, si les sutures peuvent être à l'origine d'un lâchage et d'une fistule du grêle, il vaut mieux cependant pratiquer une résection avec suture en tissus sains que de conserver une anse dont l'état est tel, que le risque de fistule devient plus important qu'après résection.

Enfin, même si toutes les brèches ont été réparées au fur et à mesure de leur découverte, il paraît indispensable de vérifier encore une fois toute la longueur du grêle avant de le fixer. Ainsi, nous pensons pouvoir, si ce n'est faire disparaître, du moins diminuer le nombre des fistules digestives après Childs, surtout lorsque celui-ci n'a pas été accompagné d'un rétablissement de la continuité intestinale.

- Pendant la confection du Childs :

Nous avons vu la nécessité d'une manipulation atraumatique des anses intestinales. Nous ne reviendrons pas sur la technique du passage des fils, ni sur la nécessité de l'emploi d'une aiguille mousse passée à distance des vaisseaux, au besoin en utilisant une transillumination. Cependant, un incident peut survenir : la blessure d'un petit vaisseau droit. Bien que n'étant signalé que dans un seul compte-rendu opératoire, nous pensons que cet incident peut survenir plus souvent. En règle, il n'a aucune gravité et l'hémostase en est facile. Là encore, si se constituait un important hématome dans le mésentère ou si les difficultés de l'hémostase rendaient douteuse la vitalité d'une courte portion du grêle déjà en mauvais état, il serait préférable de pratiquer une courte résection.

- Après la confection du Childs :

Pour diminuer le nombre de récidives occlusives par adhérences des anses à la paroi antérieure, il faut insister sur le rôle du grand épiploon et sur la nécessité d'une fermeture soignée de la paroi. Si on a la chance que le grand épiploon n'ait pas été réséqué chez ces malades polyopérés, il faut en conserver le plus possible au moment de sa libération et en

recouvrir soigneusement le grêle. Son interposition entre la masse intestinale et la paroi, en fin d'intervention évitera la formation des adhérences les unissant l'une à l'autre. Malheureusement, le plus souvent, le grand epiploon manque ou ne peut être conservé. Dans ce cas, il faut accorder tous ses soins à la fermeture pariétale, souvent difficile, et tout faire pour réaliser une fermeture péritonéale continue.

La dernière précaution à prendre a pour but de diminuer la distension intestinale dans les jours qui suivent l'intervention par l'aspiration digestive. Celle-ci est habituelle, mais c'est son maintien jusqu'à la reprise franche du transit intestinal qui importe. Parfois, celui-ci est incomplet au début, ailleurs il est tardif, dans tous ces cas il faut laisser en place l'aspiration digestive, seul moyen d'éviter les complications pouvant être liées à la distension d'un intestin fragilisé. Ce n'est que lorsque le péristaltisme intestinal sera réapparu que l'on pourra s'autoriser à supprimer la sonde d'aspiration.

INDICATION DE LA FIXATION SELON CHILDS
ET PHILLIPS

Originellement, la fixation mésentérique devait remplacer la fixation des anses intestinales décrite par Noble et dont les avantages, mais aussi les inconvénients, étaient bien connus. Childs et Phillips proposaient un procédé qui permettait devant les occlusions récidivantes du grêle, d'assurer le maintien en bonne position de l'intestin, comme après la fixation de Noble, tout en évitant les nombreux inconvénients imputables à cette méthode. Ce n'est qu'après plusieurs années que fut proposée l'utilisation de la fixation mésentérique pour prévenir la survenue d'occlusions post-opératoires, toujours possibles après n'importe quelle intervention d'importance dans l'étage sous-mésocolique de l'abdomen. Ainsi est apparue l'opposition entre les Childs dits "curatifs" et les Childs dits "prophylactiques". Les indications de chacun de ces deux types de fixation mésentérique posent des problèmes très différents.

Childs dits "curatifs"

Ses indications sont essentiellement le traitement des occlusions récidivantes, soit devant une occlusion confirmée, le plus souvent alors en urgence, soit devant des épisodes subocclusifs itératifs, chez un malade déjà opéré pour occlusion. Ces cas sont précisément ceux dans lesquels on pouvait proposer de faire un Noble.

Le choix du procédé de fixation de la masse intestinale sera sans discussion celui de Childs et Phillips pour ses nombreux avantages : rapidité et simplicité d'exécution qui viennent s'ajouter au fait que ses

résultats sont supérieurs à ceux du Noble d'une part, d'autre part que le Childs est pratiquement toujours possible (Nous avons cependant trouvé un cas où l'opérateur voulant faire un Childs a dû y renoncer et faire une fixation de Noble devant l'impossibilité de passer, sans danger, les fils à travers un mésentère très rétracté par une importante mésentérite).

Cependant, cela ne veut pas dire que le Childs soit toujours indiqué. En effet, la fréquence et la gravité de ce procédé ne sont pas négligeables et en font une intervention grave dont les indications doivent être rigoureusement pesées. Nous pensons en effet qu'il doit être réservé exclusivement aux cas où les anses grêles et le mésentère, après leur libération, présentent de larges surfaces dépéritonisées et cruentées.

Il est des cas, en effet, où malgré la répétition des antécédents occlusifs, on a la surprise à l'intervention de ne trouver que quelques brides et adhérences lâches dont la section, sans détruire le revêtement séreux du grêle et de son méso, permet de rendre à l'intestin une liberté et une disposition voisine de la normale. Il faut reconnaître que de telles conditions sont rares, mais nous pensons que dans ces cas les risques du Childs sont trop importants pour en poser l'indication.

Beaucoup plus souvent en fait, les lésions, après le temps de libération, sont plus importantes. Un choix difficile est alors à faire et dépend en grande partie de l'importance et du caractère, localisé ou diffus, des zones dépéritonisées et des segments intestinaux à paroi de mauvaise qualité. Si on a l'impression qu'en faisant une résection modérée du grêle la partie restante sera de bonne qualité et les surfaces présentant des dangers d'accolements alors réduites à peu de chose, nous pensons qu'il vaut mieux faire cette résection et se dispenser de pratiquer un Childs plutôt que d'être conservateur et conduit par là même à la fixation mésentérique.

Au total, ce n'est que devant l'importance et la diffusion des surfaces dépéritonisées et cruentées, cas où l'on a l'impression qu'une nouvelle occlusion est pratiquement inéluctable si on se contente d'une réintégra-

tion soigneuse, que s'impose une fixation mésentérique de Childs, indication qui était celles du Noble. On est alors en droit de prendre les risques du Childs, négligeables devant la gêne qu'entraînent les accidents de subocclusion répétés, bouleversants souvent la vie de ces malades et, surtout devant le danger d'une nouvelle occlusion, dont on ne peut jamais prévoir les conséquences.

- A la limite entre les Childs curatifs et prophylactiques se situent trois circonstances où l'on peut discuter l'utilisation du Childs :

- au cours du traitement chirurgical d'une première occlusion,
- au cours des péritonites aiguës diffuses,
- devant les occlusions par agglutination d'anses autour de foyers septiques.

- La survenue d'une occlusion post-opératoire tardive ne permet en aucun cas, même si le sujet a déjà subi plusieurs interventions, de penser qu'il est nécessaire de prévenir la survenue d'autres accidents occlusifs. Nous estimons que cette première occlusion ne constitue pas à elle seule une indication au Childs. Dans ce cas particulier les indications dépendront des découvertes opératoires. Si l'obstacle levé, l'aspect du grêle et du mésentère n'ont aucune raison de faire craindre une récurrence, on ne peut mettre en balance les accidents possibles du Childs et la survenue très hypothétique d'une nouvelle occlusion et, mieux vaut s'abstenir de faire une fixation. Si au contraire, dès ce premier accident, on est contraint à une longue libération d'adhérences serrées, créant des lésions telles que l'on puisse craindre la survenue de crises d'obstruction transitoires ou d'une nouvelle occlusion, il est alors tout à fait légitime de pratiquer un Childs.

- Au cours d'une péritonite aiguë diffuse, surtout si elle est opérée tardivement, il est habituel de retrouver les anses grêles et les faces du mésentère recouvertes de fausses membranes plus ou moins épaisses et accolées. Il est certain qu'un tel aspect fait craindre la constitution d'adhérences nombreuses et d'occlusions ultérieures et invite à la prati-

que d'une fixation mésentérique préventive. Mais dans ce cas encore, on ne peut mettre en parallèle la crainte, même fondée, de l'occlusion ultérieure et les risques de complications du Childs constitué en milieu septique et, que nous avons vu atteindre la proportion de 1 sur 3. Nous pensons qu'il ne faut pas, dans cette circonstance, faire un Childs. C'est à distance de cet accident infectieux aigu que l'on pourra proposer au malade une fixation "à froid" sans attendre l'occlusion, s'il se plaint de crises douloureuses abdominales ou si un examen radiographique du grêle permet de reconnaître un ou plusieurs obstacles au transit.

- Mais le problème le plus difficile en ce qui concerne les indications de la fixation du Childs est celui posé par les occlusions post-opératoires par agglutination d'anses autour de foyers septiques. En effet, c'est dans ces conditions que les complications de ce procédé sont les plus fréquentes mais ce sont aussi ces occlusions qui récidivent le plus souvent dans de courts délais et conduisent à des réinterventions souvent multiples et rapprochées. Ce que l'on demande alors à la fixation mésentérique est avant tout de maintenir en bonne position l'ordonnance du grêle pendant le temps nécessaire à la disparition des phénomènes infectieux et inflammatoires et non la prévention d'occlusions lointaines.

Les buts de la méthode sont donc très différents et il semble logique alors de modifier la technique par l'emploi de catgut. En effet, dans ces cas, on ne recherche pas une fixation définitive mais on essaie de diminuer les risques de complications secondaires à la présence des fils trans-mésentériques. Les occlusions par agglutination d'anses autour de foyers septiques constituent, selon nous, une très bonne indication à la fixation de Childs, mais imposent et elles seules, l'emploi de fils résorbables (catgut ordinaire de fort calibre ou catgut chromé).

Childs dits "prophylactiques"

Si, dans le traitement des occlusions récidivantes et dans certains cas d'occlusions post-opératoires secondaires ou tardives, la fixation mésentérique selon le procédé de Childs et Phillips constitue un indiscutable

progrès par rapport à la fixation de Noble, la possibilité de complications graves oblige cependant à une certaine rigueur dans ses indications et dans sa confection. Dès lors, est posée la question de son utilisation à titre prophylactique, à la fin d'intervention de chirurgie majeure intra-abdominale.

Bien que les résultats tirés de l'étude de ces 107 dossiers ne permettent pas d'apporter une réponse rigoureuse à cette question, nous pouvons cependant, à ce sujet, proposer quelques remarques.

La principale touche au principe même de la fixation mésentérique. Dans le cas d'une fixation prophylactique les buts à atteindre sont très particuliers. En effet, il ne s'agit pas alors de chercher à obtenir une bonne ordonnance définitive du grêle, mais de maintenir cette dernière suffisamment longtemps pour éviter les complications survenant habituellement dans les jours, au maximum dans les semaines qui suivent l'intervention. En outre, le revêtement séreux de l'intestin et du mésentère étant sain, on ne peut compter sur la constitution de nombreuses adhérences pour assurer le maintien d'une bonne disposition en cas de rupture des fils ou après leur résorption si on a utilisé du catgut. C'est pourquoi, nous croyons que si cette fixation prophylactique présente un intérêt dans les semaines post-opératoires, son rôle préventif sur les occlusions tardives est beaucoup moins probable.

La seconde remarque naît de la possibilité de complications graves quelle que soit la technique exacte utilisée (Childs ou procédé simplifié, catgut ou fils non résorbables). Même s'il est certain que dans ces conditions sont évités un grand nombre de facteurs les favorisant, on ne peut éliminer la possibilité de leur survenue. Le problème difficile à résoudre est alors celui de la fréquence relative des complications de l'intervention pratiquée et de celles de la fixation mésentérique. La réponse à cette importante question ne peut, à notre avis, venir que d'une étude comparative sur des séries assez importantes pour chaque type d'intervention et suivies pendant plusieurs années.

Dans l'impossibilité actuelle de pouvoir évaluer ces risques, sauf pour certaines interventions (pelvectomies, colectomie totale par exemple lorsqu'une péritonisation satisfaisante ne peut être obtenue), nous ne trouvons pas légitime de préconiser l'emploi systématique du Childs pour terminer une intervention de chirurgie intra-abdominale majeure.

Cependant, il est deux cas particuliers :

- d'abord celui du malade déjà opéré et chez lequel au cours d'une autre intervention, même en l'absence de tout antécédent occlusif, on est obligé de libérer le grêle de nombreuses adhérences. Mais dans ce cas on se rapproche davantage du problème du Childs curatif que de celui du Childs prophylactique ;

- ensuite celui des malades pour lesquels, quelles qu'en soient les raisons, on craint, à juste titre des difficultés de cicatrisation pariétale. Dans ce cas l'indication d'une fixation mésentérique prophylactique nous paraît parfaitement licite, car elle permettra, en cas de désunion pariétale, d'éviter l'éviscération proprement dite et facilitera grandement le traitement de cette désunion pariétale.

C O N C L U S I O N N S

De l'étude de 107 cas de fixation mésentérique selon le procédé décrit par Childs et Phillips, bien que le recul ne nous paraisse pas encore tout à fait suffisant, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- A propos du traitement des occlusions récidivantes et des épisodes subocclusifs itératifs chez les malades polyopérés : la gravité, tant fonctionnelle que vitale, de ces accidents est telle qu'elle justifie en règle l'utilisation d'un procédé de fixation. Par rapport à la fixation intestinale de Noble, les avantages de la fixation mésentérique par le procédé de Childs et Phillips sont indiscutables et font que le Childs doit définitivement supplanter le Noble. En effet, si le nombre des fistules digestives semble rester important, les récidives occlusives par échec de la méthode sont manifestement moins nombreuses (pas tout à fait 5 % après Childs contre 9 % après Noble) et surtout le nombre des décès imputables à la fixation est diminué pratiquement de moitié (3,7 % contre 7 %). Cependant, les risques de survenue de telles complications ou d'incidents, dominés par les douleurs résiduelles, ne sont pas négligeables et en font une intervention grave. Cette gravité souligne d'abord la nécessité d'une technique rigoureuse et le respect d'un certain nombre de précautions, ensuite la nécessité d'indications mûrement pesées. Il ne faudrait pas que la simplicité et la rapidité de son exécution fassent prendre, par son utilisation mal justifiée, des risques inutiles aux malades et, en pratique, nous pensons qu'il ne faut pratiquer une fixation mésentérique de Childs que dans les cas où, en raison des antécédents et surtout de l'état local des anses intestinales et du mésentère on aurait pris la décision de faire une fixation de Noble. Mais le Childs a un très important avantage supplémentaire, sa courte durée d'exécution le rend possible chez les mala-

des dont l'état général ne permet pas d'envisager sans danger une longue intervention de Noble.

- A propos des occlusions post-opératoires par agglutination d'anses autour de foyers septiques : le danger est ici de voir se succéder les récidives occlusives et les interventions chirurgicales. Cela peut être évité par la fixation mésentérique de Childs. Mais dans ce cas, les buts recherchés sont différents et ~~en outre~~ les risques de complications sont accrus. Ces deux raisons justifient alors l'emploi, comme matériel de fixation, de fils résorbables.

- En l'absence de tout phénomène occlusif, la fixation de Childs est Phillips est encore indiquée : au cours d'une intervention chez un malade antérieurement opéré pendant laquelle on a été amené à des libérations intestinales telles que la survenue d'une occlusion post-opératoire paraît inéluctable après réintégration simple des anses quel que soit le nombre des interventions antérieures.

- Enfin, en raison des complications graves qu'il peut provoquer, même après modification de la technique, nous ne pensons pas justifiée la pratique du Childs dans un but préventif, après une intervention abdominale majeure, sauf dans deux cas :

. interventions pour lesquelles les risques d'occlusion post-opératoires sont si importants que les dangers du Childs apparaissent négligeables en regard. En pratique ce sont les interventions où une péritonisation satisfaisante est difficile à obtenir (certaines coelotomies totales, pelvectomies).

. malades pour lesquels on craint à juste titre des troubles de la cicatrisation pariétale et une éviscération.

Ainsi, la fixation mésentérique selon le procédé de Childs et Phillips constitue actuellement la seule méthode de traitement des occlusions récidivantes, mais n'est pas sans danger, et, ses indications doivent être rigoureusement posées.

Vu le Président de Thèse

Pr. LORTAT-JACOB

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A A P H I E

BERTEAUX J.

Traitement des occlusions récidivantes du grêle. Opération de Noble
Opération de Childs et Phillips
Thèse Nancy 1962, n° 29

BLONDIN S.

Conclusions de la discussion sur les résultats de l'opération de Noble
Mém. Acad. Chir. 82, 608-612, 1956

BOULVIN R.

La plicature mésentérique du grêle ou opération de Childs et Phillips
Ann. Chir. 18, 1334-1339, 1964.

CALVET J.P., FELLUS P.H., SETBON L., ASMORTH J.W., HIRTZ H.R.

Emploi de la plicature mésentérique (procédé de Childs-Phillips
simplifié) à titre prophylactique
Mem. Acad. Chir. 92, 200-207, 1966

CALVET J.P.

A propos de l'opération de Childs
Mem. Acad. Chir. 94, 846-47, 1968

CARAYON A., RESILLET A., GOURBILL J.L.

Intérêt de l'opération de Childs et Phillips en pratique tropicale
Bull. Soc. Med. Afrique Noire 9, 466-469, 1964.

CHARLEUX H., et THIRAULT M.

Notre expérience de l'intervention de Childs et Phillips
Mém. Acad. Chir. 94, 730-34, 1968

CHILDS W.A. et PHILLIPS R.B.

Une modification des techniques de plicature intestinale
Ann. Surg. 152, 258-65, 1960

CHUKHRIENKO D.P. et BELL Y I.S.

Plicature intestinale trans-mésentérique avec le Lavsan dans le
traitement des adhérences accompagnées de manifestations d'occlusion
intestinale chronique récidivante
Khirurgia (Moscou) 41, 75-80, 1965

CIAUDO D.

Nouvelle technique pour le traitement des occlusions itératives de l'intestin grêle, à propos de II cas de l'opération de Childs
J. Med. Liban, 19, 33-42 1966.

DESJACQUES P., MICHEL J.

Neuf plicatures du mésentère
Lyon Chir. 62, 714-717, 1966

EUDEL M.

Les occlusions itératives de l'intestin grêle
Arch. Mal. App. Dig. 50, 1297-1298, 1961

FERGUSON A.T., REIHMER V.A., GASPAR M.R.

Plicature transmésentérique pour occlusion de l'intestin grêle
Amer. J. Surg. 114, 203-208, 1967

FORSTER E., RICHARD C.A., COBLENTZ J., MULLER J.

La plicature fixation du mésentère
Ann. Chir. 17, 146-153, 1963

GAUTIER C. et QUANDALLE P.

L'entérotychietselon la technique de Childs et Phillips
Lille Chir. 19, 194-206, 1964

HIRTZ H.

Contribution à l'étude de l'utilisation curative et préventive de l'opération de Childs et Phillips
Thèse Paris 1966, n° 598

HUGUET C., MASSON H., CATHALA M., LOYGUES J.

Syndrome de malabsorption d'origine chirurgicale
Ann. Chir. 19, 201-205, 1965

HUGUIER J.

A propos de la plicature segmentaire de l'intestin grêle en occlusion
Procédé opératoire de J.C. Reymond
Mém. Acad. Chir. 92, 208-209, 1966

KAWALSKI A.

Opération de Noble avec les modifications de Childs et Phillips
Pol. Przegl. Chir. 38, 1324-7, 1966 (Pol/)

LAGACHE J.

Discussion de la communication de Gautier
Lille Chir. 1964, 19, 208

LAPEYRIE M., POUS J.G.

Modification technique à l'opération de Noble
Montpel. Chir. 10, 319-323 1964

- LEVY E., DUCASSE A.
Prévention des adhérences péritonéales par l'administration locale
de corticoïdes
Ann. Chir. 19, 185-190, 1965
- LORTAT-JACOB J.L. et RICHARD C.A.
Notre expérience de l'opération de Childs
Mém. Acad. Chir. 92, 221-222 1966
- LOUKANOV A., TSEKOV H. et STOYANOV T.
Notre expérience de plicature transmésentérique de l'intestin grêle
dans le contrôle et la prophylaxie de l'iléus récidivant
Proc. Postgraduate Med. Inst. (ISUL) 12, 1-7, 1965
- MAC CARTHY J.D., SCHARF J.
Une plicature intestinale simple
Surg. Gyn. Obst. 121, 1340-42, 1965
- MAGRE J., MARCHAND M., LEROUX P.
Intervention de Childs et Phillips dans les occlusions d'origine
gynécologique
Bull. Soc. Fédér. Gynéc. Obst. 16, 612, 1964
- MATHIS P.
Anévrysme de l'aorte abdominale rompue dans la loge rénale gauche
Mem. Acad. Chir. 91, 725-29, 1965
- MIALARET J.
A propos des occlusions récidivantes
Arch. Mal. App. Dig. 50, 1299-1301, 1961
- MOREAUX J. et TESTART J.
L'opération de Childs et Phillips - Entretiens de Bichat
(Chirurgie et Spécialités), 1967, 29-32.
- MOREAUX J. et TESTART J.
Nouvelle pratique chirurgicale illustrée
- MOREAUX J., TESTART J., BISMUTH H., HEPP J.
La plicature fixation du mésentère selon Childs et Phillips
à propos de 30 observations
Ann. Chirur. 22; 1239-46, 1968
- NGUYEN THINH CO et SCHMAUSS A.K.
Nos résultats avec l'opération de Noble modifiée par Childs
Bruns Beitr. Klin. Chir. 206, 366-372, 1963
- NGUYEN THINH CO et KUONG HUNG
Opération de Noble pour iléus post-opératoire
Chirurgia (Moscou) 77-79 1964

NGUYEN THRINH CO et SCHMAUSS A.K.

Indications, technique et résultats des interventions de plicature
d'après Noble et Childs dans l'iléus
Zbl. Chir. 90, 1550-1553, 1965

POTH E.J., WOLMA F.J. et LUCH J.B.

La méthode de plicature dans le traitement des adhérences de l'intestin grêle
Surg. Gyn. Obst. 112, 343-349 1961

POTH E.J.

La plicature dans le traitement chirurgical de l'obstruction
intestinale récidivante chronique
Am. J. Surg. 104, 413-418, 1962

PRIOTON J.B.

A propos des occlusions récidivantes : les opérations de Childs et
Phillips et de Takita
Montpellier Chir. 10, 325-335, 1964

QUENU J. et THOMERET G.

L'opération de Noble
Mém. Acad. Chir. 77, 80-86, 1951

RAGINS H., FREEMAN L., COOMARASWAMY R. et LIU S.

Comparaison clinique et expérimentale des plicatures du grêle par
les méthodes de Noble et de Childs et Phillips
Am. J. Surg. 111, 555-558, 1966

RICHARD C.A.

La plicature mésentérique, nouveau traitement des occlusions récidivantes du grêle
Mém. Acad. Chir. 87, 256-260, 1961

RICHARD C.A.

Chirurgie du mésentère
E.M.C. Techniques chirurgicales Fasc. 40490, 3-14-02.

RICHARD C.A.

A propos de l'opération de Childs
Mém. Acad. Chir. 94, 847-48, 1968

ROUX, NATALI et VAYRE

Chirurgie de l'intestin grêle et du mésentère
Masson Editeur

SARRASIN R., SARROSTE J., GALIBERT C. et BOUCARD J.P.

Résultats mécaniques et fonctionnels de Childs et Phillips pratiqués
pour occlusion du grêle par bride et par adhérences multiples
Arch. Mal. App. Dig. 55, 250-251, 1966

STROZ G.

L'opération de Childs en pratique chirurgicale courante
B.M. Soc. Chir. Paris 56, 325-333 I966

THOMAS G.I. et Coll

La plicature (opération de Childs) pour le traitement de l'occlusion
intestinale récidivante
Western J. Surg. 72, 243-245, I964

THOMERET G.

L'opération de Noble dans les occlusions récidivantes de l'intestin
grêle
Arch. Mal. App. Dig. 50, 1301-1303, I96I

TOUPET A.

Chirurgie du colon. Maloine Editeur.

TRAN VAN HOH et J. TESTART

Abcédation intrapéritonéale d'adénopathies mésentériques inférieures
dans les suites de la résection d'une périsigmoïdite
Mém. Acad. Chir. 91, 328-31, I965

TRUCHOT P., THOMERET G. et VESPICK R.

Aspect radiologique du grêle après plicature (opération de Noble)
J. Radiol. Electrol. 32, 793-795, I95I

VERGES J.

L'opération de Childs en urologie
J. Urol. Néphrol. 72, suppl. 399-401, I966

WILSON D.

Complications du procédé de Noble
Amer. J. Surg. 108, 264-69, I964.
